

"Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 24 наурыздағы № 92 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2017 жылы 27 сәуірде № 15051 болып тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 30.10.2020 № ҚР ДСМ-175/2020 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 тіркелген, "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 24 ақпанда № 68-69 (26489-26490); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 26 ақпанда № 72-73 (26493-26494); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 2 наурызда № 76-77 (26497-26498); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 5 наурызда № 82-83 (26503-26504); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 6 наурызда № 84-85 (26505-26506); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 10 наурызда № 86-87 (26507-26508); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 15 наурызда № 92-93 (26513-26514); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 16 наурызда № 94-95 (26515-26516); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 17 наурызда № 96-97 (26517-26518); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 29 наурызда № 105-106 (26526-26527); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 30 наурызда № 107-108 (26528-26529); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 6 сәуірде № 116 (26537); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 12 сәуірде № 121-122 (26542-26543); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 13 сәуірде № 123-124 (26544-26545); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 14 сәуірде № 125-126 (26546-26547); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 19 сәуірде № 131-132 (26552-26553); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 20 сәуірде № 133 (26554); "Егемен

Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 21 сәуірде № 134-135 (26555-26556); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 23 сәуірде № 138 (26559); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 26 сәуірде № 139 (26560); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 30 сәуірде № 144-145 (26565-26566); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 7 мамырда № 150-151 (26571-26572); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 14 мамырда № 156-157 (26577-26578); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 21 мамырда № 163-164 (26584-26585); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 28 мамырда № 170-171 (26591-26592); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 4 маусымда № 177-178 (26598-26599); "Егемен Қазақстан" газетінде 2011 жылғы 11 маусымда № 185-186 (26606-26607) жариялаған мынадай өзгерістер мен толықтырулар енгізілсін:

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес Стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасы;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес Стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасы;

3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес Амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасы;

4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес Басқа үлгідегі медициналық ұйымдардың медициналық есепке алу құжаттамасы;

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес Медициналық ұйымдардың құрамындағы зертханалардың медициналық есепке алу құжаттамасы;

6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес Қан қызметі ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасы;

7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы (есепке алу) медициналық құжаттамаларының нысандарының тізбесі және оларды сақтау мерзімдері;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы бекітілсін";

2-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"2. Облыстардың, Астана және Алматы қалалары денсаулық сақтау басқармаларының бастықтары (келісім бойынша), республикалық денсаулық сақтау ұйымдарының басшылары (келісім бойынша) осы бұйрықпен бекітілген бастапқы медициналық құжаттама нысандарын денсаулық сақтау ұйымдарына енгізісін";

1-қосымшада:

"Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы" деген туберкулез науқастың 01/е нысан осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыруға жолдама" деген туберкулез науқастың 09/е нысан алып тасталсын;

"Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне)" деген туберкулез науқастың 12/е нысан осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Емдеуге алынатын туберкулезбен ауыратын науқастың ақпараттық келісімі" деген туберкулез науқастың 14/е нысан алып тасталсын;

"Жүкті, босанатын және босанған әйелдерді қабылдауды есепке алу журналы" деген туберкулез науқастың 002/е нысан алып тасталсын;

"Стационарлық науқастың медициналық картасы" деген № 003/е нысан осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Температура парағы" деген № 004/е, "Дәрігерлік тағайындаулар парағы" деген № 004-1/е, "Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы" деген № 005/е, "Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы" деген № 005-1/е нысандар алып тасталсын;

"Науқастың трансфузиялық парағы" деген № 005-3/е нысан алып тасталсын;

"Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы" деген № 011/е нысан алып тасталсын;

"Науқасты операциядан кейін бақылау картасы" деген № 011-2/е, "Анестезиологтың консультациясы" деген № 011-3/е нысандар алып тасталсын;

"Жаңа туған нәрестенің реанимация және жіті терапия бөліміндегі науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулары" деген № 011-6/е, "Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы операция кезеңінің картасы" деген № 012/е, "Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)" деген № 013/е нысандар алып тасталсын;

"Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек алуға жолдама" деген № 021/е нысан осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымның (бөлімшедегі) изоляторында тұратын тұлғаларды есепке алу журналы" деген № 022-1/е нысан алып тасталсын;

"Бүйрек трансплантаны бар науқастың картасы" деген № 041/е нысан алып тасталсын;

"Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы" деген № 066/е нысан осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Емдеуді жалғастыратын науқастың статистикалық картасы" деген № 066-п/е нысан алып тасталсын;

"Нәрестенің даму тарихы" деген № 097/е нысан осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

2-қосымшада:

"Күндізгі стационардағы (емханадағы, ауруханадағы) науқастарды есепке алу журналы" деген № 001-1/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес "Тәуелсіз сарапшының есеп картасы" деген № 023/е нысанмен толықтырылсын;

"Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме" деген № 027/е нысан осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің қосымша парағы" деген № 028/е нысан алып тасталсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес "Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы" деген № 029-1/е нысан;

осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес "Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы" деген № 035-4/е нысан;

"Емхананың/эйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы" деген № 039-6/е нысан алып тасталсын;

"Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы" деген № 042/е, "Физиотерапия бөлімшесінде (бөлмесінде) емделуші науқастың картасы" деген № 044/е нысандар алып тасталсын;

"Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы" деген № 047/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес "Сәуле терапиясының журналы" деген № 051-1/е нысанмен толықтырылсын;

"Денесіне электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың картасы" деген № 073/е, "Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы" деген № 074/е нысандар алып тасталсын;

осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес "Пациентті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі" деген № 088-2/е нысанмен толықтырылсын;

осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес "Ағзалар (ағзалардың бөліктері) реципиенті туралы хабарлама" деген № 090-1/е нысанмен толықтырылсын;

"ГБО сеанстарын есепке алу картасы" деген № 093/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 14-қосымшаға сәйкес "Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № ____ анықтама" деген № 095-2/е нысанмен толықтырылсын;

"Ерікті медициналық сақтандыру бойынша медициналық қызметке ақы төлеу есебі" деген № 099/е, "Телемедициналық консультация өткізу туралы өтінім" деген № 099-1/е, "Телемедициналық консультацияға жіберілген пациенттердің есебін жүргізу журналы" деген № 099-2/е нысандар алып тасталсын;

"Телемедициналық консультация өткізу хаттамасы" деген № 099-5/е нысан алып тасталсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 15-қосымшаға сәйкес "Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы" деген № 135/е;

осы бұйрыққа 16-қосымшаға сәйкес "АИТВ-инфекциясына қан алуды есепке алу журналы" деген № 136/е;

осы бұйрыққа 17-қосымшаға сәйкес "Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы" деген № 137/е;

осы бұйрыққа 18-қосымшаға сәйкес "Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы" деген № 137-1/е;

осы бұйрыққа 19-қосымшаға сәйкес "Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы" деген № 137-2/е;

3-қосымшада:

"Үйдегі стационар науқастарын есепке алу журналы" деген № 001-2/е нысан алып тасталсын;

"Консультацияға немесе диагностикалық зерттеуге жіберілген науқасты есепке алу журналы" деген № 001-5/е, "Емдеуге жатқызуға жіберілген және емдеуге жатудан бас тартқан науқастарды есепке алу журналы" деген № 001-6/е нысандар алып тасталсын;

"Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының картасы" деген № 003-2/е нысан алып тасталсын;

"Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" деген № 025/е нысан осы бұйрыққа 20-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына жапсырма парақ (сатылық эпикриз)" деген № 025-3/е нысан алып тасталсын;

"Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы" деген № 025-8/е нысан осы бұйрыққа 21-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы (консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін)" деген № 025-9/е нысан алып тасталсын;

"Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы" деген № 030/е нысан осы бұйрыққа 22-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы" деген № 030-2/е нысан осы бұйрыққа 23-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Дәрігерге қаралуға алдын ала жазылу карточкасы" деген № 040/е нысан алып тасталсын;

"Стоматологиялық науқастың медициналық картасы" деген № 043/е нысан осы бұйрыққа 24-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Мектеп оқушысының санациялық картасы" деген № 048/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 25-қосымшаға сәйкес "Әлеуметтік қызметкермен/психологпен толтырылатын пациенттің картасы" деген № 055-1/е нысанмен толықтырылсын;

"Балалар емханасының, емхана бөлімшесінің изоляторына баруды тіркеу журналы" деген № 059/е нысан алып тасталсын;

"Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік-бақылау картасы" деген № 061/е нысан осы бұйрыққа 26-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Спортшыны диспансерлік байқаудың дәрігерлік-бақылау картасы" деген № 062/е нысан алып тасталсын;

"Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда емдеуден өткен адамның статистикалық картасы № ____" деген № 066-4/е нысан алып тасталсын;

"20 ____ жыл үшін дене шынықтыру іс-шараларына медициналық қызмет көрсетуді тіркеу журналы" деген № 068/е нысан алып тасталсын;

"Фельдшерлік-акушерлік пункттің бақылауында тұрған жүкті әйелдерді жазу дәптері" деген № 075/е нысан алып тасталсын;

"Туберкулезбен ауырған науқастар үшін санаторийге жолдама" деген № 078/е нысан алып тасталсын;

"Туберкулезге қарсы диспансердің, аурухананың (емхананың) туберкулезге қарсы диспансерлік бөлімшесінің (бөлмесінің) учаскелік мейірбикесінің картасы" деген № 085/е нысан алып тасталсын;

"20 ____ жыл үшін денсаулық сақтау ұйымы заң консультантының жұмысын жазу кітабы" деген № 087/е нысан алып тасталсын;

"Баланың даму тарихы (ұл бала)" деген № 112/е нысан осы бұйрыққа 27-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Баланың даму тарихы (қыз бала)" деген № 112/е нысан осы бұйрыққа 28-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Учаскелік (патронаждық) мейірбикенің (акушердің) үйлерге барып жұмыс істеуін есепке алу дәптері" деген № 116/е нысан алып тасталсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 29-қосымшаға сәйкес "20__ жыл үшін наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы" деген № 127/е нысан;

осы бұйрыққа 30-қосымшаға сәйкес "20__ жыл үшін психоневрологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы" деген № 127-1/е нысан;

"Инфекциялық аурулар кабинетінің жұмысын есепке алу журналы" деген № 128/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 31-қосымшаға сәйкес "20__ жыл үшін туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы" деген № 129/е нысанмен толықтырылсын;

"Профилактикалық тексеріп-қарауларды есепке алу картасы" деген № 131/е, "Тегін немесе жеңілдікпен берілетін рецептілер" деген № 132/е, "Дәрілік заттарды тегін және жеңілдікпен босатуға арналған рецептердің бланкілері есебін жүргізу кітабы" деген № 133/е нысандар алып тасталсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 32-қосымшаға сәйкес "Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы" деген № 278-1/е нысан;

осы бұйрыққа 33-қосымшаға сәйкес "Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары" деген № 278-2/е нысан;

"Диспансерлік бақылау картасы" деген № 279/е нысан алып тасталсын;

4-қосымшада:

"Мейіргерлік күту ауруханасының стационарлық науқасының медициналық картасы" деген 003-4/е, "Төтенше жағдайда зардап шеккеннің (науқастың) алғашқы медициналық картасы" деген № 025-6/е, "Төтенше жағдайлар (ТЖ) туралы шұғыл мәлімет жеткізу" деген № 058-1/е, "Төтенше жағдайлар туралы жедел мәлімет жеткізу" деген № 058-2/е, "Төтенше жағдайларды (ТЖ) есепке алу журналы" деген № 060-1/е нысандар алып тасталсын;

"Төтенше жағдайда апаттық медицина орталығында зақым шеккендердің (аурулар) қозғалысының (8.00 соңғы тәулік бойынша), Шаруашылық есептегі (жеке) ұйым дәрігерінің халықты қабылдауын күнделікті есепке алу парақшасы" деген № 067-1/е, "Оңалту картасы" деген № 107/е, "Жедел медициналық жәрдем станциясының (бөлімшесінің) шақыртуларды тіркеу журналы" деген № 109/е нысандар алып тасталсын;

осы бұйрыққа 34-қосымшаға сәйкес "Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы" деген № 110-2/е нысанмен толықтырылсын;

"Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)" деген № 114/е нысан осы бұйрыққа 35-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Жедел медициналық жәрдем станция жұмысының күнделігі" деген № 115/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 36-қосымшаға сәйкес "№ ___ Оралымды мәлімдеме" деген № 118-1/е нысанмен толықтырылсын;

"Жоспарлы шығуды (ұшып шығуды) тіркеу журналы" деген № 120/е нысан алып тасталсын;

"Бөбектер бақшасына балаларды қабылдауды есепке алу журналы" деген № 122/е, "Бөбектер бақшасына балалардың күнделікті келуін есепке алу табелі" деген № 123/е, "Баланың тамақтануын жазу (жасы 9 айға дейінгі балаларға толтырылады) картасы" деген № 124/е, "Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы" деген № 150/е, "Экстракорпоралдық гемокоррекцияның картасы" деген № 150-1/е, "Плазмаферез картасы" деген № 150-2/е, "Қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі картасы" деген № 150-3/е, "Плазманы сүзгілеу картасы" деген № 150-4/е, "Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы" деген № 202/е, "Электрокардиограмма" деген № 203/е, "Фонокардиограмма" деген № 209/е, "Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)" деген № 212/е, "Эхокардиографиялық тексеру картасы" деген № 213/е, "Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы" деген № 213-2/е, "ӨаЭФЗ хаттамасы-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу" деген № 225/е, "Реография" деген № 226/е, "Зональдық реография" деген № 229/е, "Спирография" деген № 231/е, "Эхоэнцефалография" деген № 243/е, "Электроэнцефалография" деген № 243-1/е, "Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу" деген № 246/е, "Ультрадыбыстық зерттеу" деген № 247/е, "Емшек бездерін зерттеу хаттамасы" деген № 247-1/е, "Ультрадыбыстық зерттеу (жатыр, жатыр мойыны, аналық без)" деген № 247-2/е, "Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу" деген № 247-3/е, "Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы" деген № 247-3/1-е, "Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы" деген № 247-3/2-е, "Ультрадыбыстық зерттеу (бауыр, от қабы, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер)" деген № 247-4/е, "Қуықты ультрадыбыстық зерттеу" № 247-5/е, "Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу" деген № 247-6/е, "Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу" деген № 247-7/е нысандар алып тасталсын;

"Қан үлгілерін ифт әдісімен айтв-ға антиденелеріне зерттеуге №____ тізімдік жолдама" деген № 264/е нысан осы бұйрыққа 37-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы" деген № 264-3/е, "ПЦР-ге жолдама" деген № 264-4/е, "Вирустық жүктемеге жолдама" деген № 264-5/е, "АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға арналған ПЦР жолдама" деген № 264-6/е, "АИТВ-ға вирустық жүктемеге жолдама" деген 264-7/е, "Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелерге зерттеуге жеке жолдама" деген № 264-8/е, "АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға резистенттілігіне жолдама" деген № 264-9/е нысандар алып тасталсын;

"Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге жолдама" деген № 265/е, "АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі" деген № 265-1/е, "АИТВ-ға антиденесіне қайта бақылау сарысуын тіркеу және есепке алу журналы" деген № 267-1/е, "Иммуноблот нәтижелерін есепке алу журналы (иммуноблотин әдісімен тексеріс жүргізетін зертханалар үшін)" деген № 267-2/е нысандар алып тасталсын;

"АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (ЖИТС РО диагностикалық зертханасы) № ____" деген № 270/е нысан осы бұйрыққа 38-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ/ЖИТС-мен сырқаттанудың үдеу көрсеткішінің есеп беру нысаны" деген № 270-1/е нысан алып тасталсын;

"АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы" деген № 270-2/е нысан осы бұйрыққа 39-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы" деген № 270-4/е нысан осы бұйрыққа 40-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы" деген № 270-5/е нысан осы бұйрыққа 41-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналы" деген № 272/е нысан осы бұйрыққа 42-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы" деген № 272-1/е нысан осы бұйрыққа 43-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ-инфекциясы туралы шұғыл хабарлама" деген № 274/е, "ЖИТС - диагнозының өзгергені туралы хабарлама" деген № 274-1/е нысандар алып тасталсын;

"Бракераждық журнал" деген № 280/е нысан осы бұйрыққа 44-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды CD-4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама" деген № 281/е нысан осы бұйрыққа 45-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"CD-4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы" деген № 281-2/е нысан алып тасталсын;

5-қосымша алып тасталсын;

6-қосымшада:

оң жақ жоғары бұрышы мынадай редакцияда жазылсын:

"Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына 5-қосымша";

"Қан талдауына жолдау" деген № 201/е нысан осы бұйрыққа 46-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау" деген № 202/е нысан алып тасталсын;

"Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама" деген № 204/е нысан осы бұйрыққа 47-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге жолдама. Санитариялық-микробиологиялық зерттеу нәтижесі" деген № 205/е нысан алып тасталсын;

"Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы" деген № 206/е нысан осы бұйрыққа 48-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (ABO бойынша қан тобы, резус-тиістілік/фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) жолдама. Қанды иммуногематология зерттеуге кенес беру нәтижесі №_ " деген № 207/е нысан осы бұйрыққа 49-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Глюкозаның тәуліктік экскрециясын талдау" деген № 208/е нысан алып тасталсын;

"Несеп талдауы" деген № 210/е нысан осы бұйрыққа 50-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Зимницкий бойынша несеп талдауы" деген № 211/е, "Қан және несеп талдауы (А-амилаза белсенділігі)" деген № 214/е, "Талдау (несептің пішіндік элементтерінің санын анықтау)" деген № 215/е нысандар алып тасталсын;

"Қақырық талдауы" деген № 216/е нысан осы бұйрыққа 51-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қақырық талдауы" деген № 216-1/е нысан алып тасталсын;

"Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының микроскопиялық нәтижесі (ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу)" деген № 218/е нысан осы бұйрыққа 52-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Копрологиялық зерттеу" деген № 219/е нысан осы бұйрыққа 53-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Нәжіс талдауы (гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин)" деген № 220/е нысан алып тасталсын;

"Қан талдауы (кеңейтілген)" деген № 224/е нысан алып тасталсын;

"Қанның биохимиялық талдауы" деген № 228/е, "Биохимиялық талдауы Реберг сынамаcы" деген № 230/е, "Қан талдауы глюкозамен жүктеуге төзімділік сынамаcы" деген № 232/е, "Несеппен фосфор, кальций, оксалаттардың тәуліктік экскрециясы" деген № 233/е, "Электролиттер мөлшеріне қан талдауы" деген № 234/е, "Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан талдауы" деген № 235/е, "Гормондар мен медиаторлар мөлшеріне несеп талдауы" деген № 236/е, "Коагуологиялық зерттеу қан талдауы" деген № 237/е, "Талдау (қанды LE - жасушаға зерттеу)" деген № 238/е, "Микробиологиялық зерттеу нәтижесі" деген № 239/е нысандар алып тасталсын;

"Қан талдауы - Вассерман реакциясы" деген № 241/е, "Қан талдауы (серологиялық зерттеулер нәтижесі)" деген № 242/е, "Имунологиялық талдау" деген № 244/е, "Имунограмма" деген № 244-1/е, "Имуноглобулиндер" деген № 244-2/е, "Қан талдауы (антистрептолизин-О, антигиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивті нәруыз, ревматоид факторы, церулоплазмин" деген № 244-3/е, "Жолдама (вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеу)" деген № 245/е, "Имуноферменттік талдау" деген № 245-1/е, "Қанды экспресс-әдіспен талдау" деген № 248/е, "Қанды микрореакцияға жіберу" деген № 249/е, "Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу журналы" деген № 250/е нысандар алып тасталсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 54-қосымшаға сәйкес "Бастапқы сынама қозғалысының журналы" деген № 250-1/е нысан;

осы бұйрыққа 55-қосымшаға сәйкес "Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы" деген № 250-2/е нысан;

осы бұйрыққа 56-қосымшаға сәйкес "Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы" деген № 250-3/е нысан;

осы бұйрыққа 57-қосымшаға сәйкес "Жабдықтың зертханалық паспорты журналы" деген № 255/е нысанмен толықтырылсын;

7-қосымшада:

оң жақ жоғары бұрышы мынадай редакцияда жазылсын:

"Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына 6-қосымша";

"Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және т.б. жолдама" деген № 404/е нысан осы бұйрыққа 58 қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

" ____ № ____ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы" деген № 405/е нысан осы бұйрыққа 59 сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы ____" деген № 405-2/е нысан осы бұйрыққа 60-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама" деген № 405-3/е нысан алып тасталсын;

"Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы" деген № 406/е нысан осы бұйрыққа 61-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы" деген № 407/е нысан осы бұйрыққа 62-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"HLA-антиденелі донорларды тіркеу журналы" деген № 410-3/е нысан алып тасталсын;

"Антиденелерді серологиялық әдіспен анықтау нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 410-13/е нысан алып тасталсын;

"Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы" деген № 411-1/е нысан осы бұйрыққа 63-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығын есепке алу журналы" деген № 412-1/е нысан осы бұйрыққа 64-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-5/е нысан осы бұйрыққа 65-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы" деген № 422/е нысан осы бұйрыққа 66-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан компоненттерін есептен шығару туралы актінің №" деген № 424/е нысан осы бұйрыққа 67-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы" деген № 425/е нысан осы бұйрыққа 68-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Жеке іріктелген қан нәтижесі" деген № 425-7/е нысан алып тасталсын;

"Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-9/е нысан осы бұйрыққа 69 сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-10/е нысан осы бұйрыққа 70-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Медициналық ұйымдарға трансфузиялық заттардың берілуін есепке алу картасы" деген № 426/е нысан алып тасталсын;

осы бұйрыққа 71-қосымшаға сәйкес "Референс-зертханалары үшін "Имуногематология" бөлімі бойынша дайындалған бақылау панелін тіркеу журналы" деген № 426-1/е нысанмен толықтырылсын;

"Үй қояндарының эритроциттері қоюын дайындауды тіркеу журналы" деген № 427-1/е, "Изоиммунды тұлғаны есепке алу картасы" деген № 428/е, "АВО жүйесі бойынша стандартты сарысу дайындау үшін түскен материалдарды тіркеу журналы" деген № 429/е, "Дайындалған стандартты АВО сарысуын тіркеу журналы" деген № 430/е, "Антиальфастафилолизинді сарысуларда, донорлар плазмасында, иммундық препараттарда анықтау нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 430-1/е, "Донор үй қояндарының сарысуында антиальфастафилолизинді анықтау нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 430-2/е, "Стафилококктік альфатоксиннің (Lh) гемолиздік әсерінің лимитін анықтау журналы" деген № 430-3/е, "Донорлық антиальфастафилолизинді анықтау нәтижесі" деген № 430-4/е, "Стандартты антирезус сарысуды (реагентті, реактивті) дайындау үшін түскен материалды тіркеу журналы" деген № 431/е нысандар алып тасталсын;

"Дайындалған стандартты антирезус сарысуларын (реагентті, реактивті) тіркеу журналы" деген № 432/е нысан алып тасталсын;

"Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы" деген № 433-1/е нысан осы бұйрыққа 72-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы" деген № 433-2/е нысан осы бұйрыққа 73-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы" деген № 433-3/е нысан осы бұйрыққа 74-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы" деген № 433-4/е нысан осы бұйрыққа 75-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы" деген № 433-7/е нысан осы бұйрыққа 76-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама" деген № 433-8/е нысан осы бұйрыққа 77-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы" деген № 437/е нысан осы бұйрыққа 78-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Кіндік қан донорының перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы" деген № 446/е нысан осы бұйрыққа 79 сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Кіндік қаны донорының кіндік қаны мен перифериялық қаның зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 446-1/е, "Кіндік қанының дін жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін жазу журналы" деген № 446-2/е нысандар алып тасталсын;

7-1-қосымша осы бұйрыққа 80-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын ;

7-2 қосымшада:

оң жақ жоғары бұрышы мынадай редакцияда жазылсын:

"Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына 8-қосымша".

2. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін ресми жариялау және Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің эталондық бақылау банкіне қосу үшін "Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің " Республикалық құқықтық ақпарат орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

4) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық

сақтау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2) және 3) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтер ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Л. М. Ақтаеваға жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрі*

Е. Біртанов

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 1-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін Атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № Туберкулезбен ауыратын науқас 01/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № туберкулезного больного 01/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық қартасы Медицинская карта больного туберкулезом

	3.Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі Социально-профессиональный статус <input type="checkbox"/> жұмысшы/рабочий <input type="checkbox"/> қызметкер/служащий <input type="checkbox"/> жұмыссыз/безработный <input type="checkbox"/> зейнеткер/пенсионер <input type="checkbox"/> мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник <input type="checkbox"/>
--	---

ТМН/РМН _____
 Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____

 Тіркелген күні/Дата регистрации _____ / _____ / _____
 _____ кк/аа/жжжж
 _____ д д / м м / г г г г
 Жеке куәлігінің (туу туралы куәлігі) номері/ _____

 Номер удостоверения личности, свидетельство о рождении
 1. Науқас туралы ақпарат
 Информация о больном
 Тегі/Фамилия _____

 Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/
 Отчество (при наличии) _____
 ЖС/ИИН _____ Код (КАТО) _____

 Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____
 _____ к к / а а / ж ж ж ж
 _____ д д / м м / г г г г
 Жынысы/Пол:

 ер/мужской;

 ә й е л / ж е н с к и й
 Нақты мекен-жайы:

 Белгісіз тұрғылықты орны жоқ - болған жағдайда (бұдан әрі – БТОЖ) / без определенного места жительства – при наличии (далее – БОМЖ)
 ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____
 (Адрес фактического проживания) _____
 _____ облысы/область
 _____ каласы/ауданы _____
 _____ елді мекені _____
 (город/район) (населенный пункт)
 _____ көшесі/улица _____
 _____ үй/дом _____ пәтер/квартира
 телефон _____
 Науқасқа жақын адамның ТАӘ _____

 (ФИО близкого лица (при наличии))
 Науқасқа жақын адамның мекен-жайы _____

 (Адрес близкого лица) _____

 Қазақстан Республикасы азаматы/гражданин Республики
 Казахстан

 шетелдік (елі) / иностранец (страна) _____

 Ұлты/Национальность _____

оқушы/учащийся

 студент/студент

 өз бетінше жұмыспен шұғылданушы/
 самозанятость

 сотталған/осужденный

 тергеуде жүрген адам/
 следственно-арестованный

 жалпы емдеу жүйесінің - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖЕЖ) қызметкері/медицинский работник общей лечебной сети – при наличии (далее – ОЛС)

 ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО

 пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной системы

 мигрант (сыртқы, ішкі, еңбек/ внешний, внутренний, трудовой)

 басқалар/прочие
 4. Қауіп-қатер факторлары
 Факторы риска
 қатынаста болған/контактный:

 туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ);

 Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КДТ ТБ)/ туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)

 Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)/ туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – ШЛУ ТБ);

 қант диабеті/сахарный диабет;

 нашақорлық/наркомания

 ішімдікке салыну/злоупотребление алкоголем;

 соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу/

<p>Тұрғыны/Житель:</p> <input type="checkbox"/> қала/город	<p>нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;</p> <input type="checkbox"/> АҚТҚ/ВИЧ;
<p>а у ы л / с е л о</p> <p>2. Анықтау / Выявление каралу/обращение:</p> <input type="checkbox"/> қауіпті топ/группа риска; <p>міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;</p> <input type="checkbox"/> б а с қ а л а р / п р о ч и е алдын ала тексеру/профосмотр: <input type="checkbox"/> қауіпті топ/группа риска; <p>міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;</p> <input type="checkbox"/> б а с қ а л а р / п р о ч и е өлгеннен кейін/посмертное: <input type="checkbox"/> қауіпті топ/группа риска; <p>міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;</p> <input type="checkbox"/> б а с қ а л а р / п р о ч и е <p>Алғашқы белгілері пайда болған күні: ____/____/____</p>	<p>белгісіз/неизвестен</p> <p>Басқалар/другие:</p> <input type="checkbox"/> босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер/ /женщины в послеродовом периоде до 1 года; <input type="checkbox"/> жүктілік/беременность <input type="checkbox"/> БЦЖ егілмеген / не вакцинирован БЦЖ <p>5. Науқасты жіктеу Тип больного</p> <input type="checkbox"/> жана жағдай/новый случай <input type="checkbox"/> қайталануы/рецидив <input type="checkbox"/> сәтсіз ем/неудача лечения <input type="checkbox"/> үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва <input type="checkbox"/> ауыстырылған/переведен <p>Басқалар/Другие:</p> <input type="checkbox"/> Туберкулездің микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив микобактерии туберкулеза – при наличии (далее – МБТ(-)
<p>-----</p> <p>Дата появления первого симптома БМСК қаралған күні/ ____/____/____</p> <p>Дата обращения в ПМСП Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда (бұдан әрі – ТҚҰ) қаралған күні/ Дата обращения в противотуберкулезную организацию– при наличии (далее –ПТО) ____/____/____</p>	<p>наличии (далее – МБТ(-)</p> <input type="checkbox"/> ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва МБТ(-) <input type="checkbox"/> ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-) <p>6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі Локализация и форма туберкулеза</p> <input type="checkbox"/> Өкпе ТБ <input type="checkbox"/> соның ішінде біріккен өкпеден тыс ТБ <input type="checkbox"/> Өкпеден тыс ТБ Легочный в том числе. сочетанный с ВЛ Внелегочный <p>Диагноз _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>МКБ б/ша шифрі/_____ шифр по МКБ</p>

10. Туберкулезге қарсы препараттар/Противотуберкулезные препараты

Ембаст. дейінгі салмағы / Вес до начала кг:	қарқынды кезеңі/интенсивная фаза						жалғастыру кез			
	Н 100мг <input type="checkbox"/>	R 150мг <input type="checkbox"/>	Z 500мг <input type="checkbox"/>	E 100мг <input type="checkbox"/>	S 1000мг <input type="checkbox"/>	Белгіленген мөлшердегі түйдектелген препараттар микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – БМБП) / Комбинированные препараты с фиксированными дозами – при наличии (далее – КПФД)	Н100 <input type="checkbox"/>	Н300 <input type="checkbox"/>	R150 <input type="checkbox"/>	
Н 300мг <input type="checkbox"/>	R 150инъец <input type="checkbox"/>	E 400мг <input type="checkbox"/>	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка/ ампула	Өлшем бірлігі / Единица измерения капсула/ ампула	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка					Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения капс
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Н75R150Z400E275	Н30R60Z150			
Күні/ Дата						Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения капс	

11. Қарқынды кезеңіндегі науқасқа тікелей бақыланатын емдеу (бұдан әрі – ТБЕ) өткізу қағазы/Лист проведения непосредственно контролируемого лечения (далее – НКЛ) больного на интенсивной фазе			
Науқастың ТАӘ(болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) больного:			Басқа да қаражат көзі (грант, жергілікті бюджет)/ <input type="checkbox"/> Из других

	Туған күні/Дата рождения кк/аа/ жжжж дд/мм/гггг	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/ жжжж дд/мм/гггг	источников (грант, местный бюджет):
ЖСН/ИИН			
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:			Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет:
Тікелей бақыланатын емге - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБЕ) жауапты/ Ответственный за – при наличии (далее – НКЛ):			
Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг):			

Е м д е у Лечебная организация:			м е к е м е с і / Күнтiзбелiк ай/ Календарный месяц:																	Ем Ме										
Препарат	Өлшем бірлігі/ Единица измерения	Саны/ Количество	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
H	ампула																													
R	ампула																													
S	флакон																													
Z	таблетка																													
H	таблетка																													
R	капсула																													
E	таблетка																													
4 КПФД (H75R150 Z400E275)	таблетка																													
3КПФД (H30R60 Z150)	таблетка																													

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "

√:

" ,бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "

√√:

" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "

√√√:

" белгіленеді; “O” – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; “P” – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; “X” – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается ”

√:

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "

√:

" ,бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "

√√:

" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "

√√√:

" белгіленеді; "О" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "Р" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; "Х" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "

√:

"- при однократном приеме препаратов под контролем; "

√√:

" - при двукратном приеме препаратов под контролем;

"

√√√:

"- при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; " -" день, когда больной не должен принимать противотуберкулезные препараты (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения _____/_____/_____

13. Ем нәтижелері/Исходы лечения:

Сауықты/Вылечен

Ем аяқталды/Лечение завершено

Сәтсіз ем/Неудача лечения

Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

Ауыстырылды/Переведен

IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV

Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти _____ / _____ / _____

_____;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти:

Туберкулезден

өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти:

стационарда/в стационаре

стационардан тыс/не в стационаре

14.

Сараптамасы алынды/Диагноз снят

Ескертулер/Примечания: _____

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр:

Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

әкесінің аты/отчество

(при его наличии) _____ қолы/подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач:

Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

әкесінің

аты/отчество (при его наличии) _____ қолы/подпись _____

Туберкулезге шалдыққан науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской

Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы

Направление на перевод больного туберкулезом

Науқасты ауыстыратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес переводящей организации

Науқас ауысып баратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес организации, в которую

Больной переводится

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного

Туған күні/Дата рождения _____

ЖСН/ИИН _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Жынысы/Пол: Е/М

Ә/Ж

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекен-жайы (көшкен жағдайда жаңа мекен-жайы)/Адрес (при переезде будущий

адрес): _____

Науқасқа жақын адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) близкого лица

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы/Адрес близкого лица _____

—

Диагнозы/Диагноз _____

Тіркеу нөмірі/Регистрационный номер _____ Ем бастаған күні/Дата нач. леч. _____

Ем санаты/Категория лечения:

I санат жаңа жағдайлар/Категория I новые случаи

II санат қайталанған жағдайлар/Категория II повторные случаи

IV санат КДТ ТБ/Категория IV МЛУ ТБ

Науқас қабылдайтын препараттар/Препараты, получаемые больным _____

Ескертулер (жанама әсерлер)/Примечание (побочные эффекты) _____

Науқасты ауыстыратын тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

переводящего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Науқас ауыстырылған ұйымдар үшін

Для использования организацией, в которую больной был переведен:

(Науқас тіркеуге алынғаннан кейін нысанның бұл бөлігін ауыстырған ұйымға жіберу қажет)

(Эту часть формы отправить в организацию, направившую больного после его регистрации)

Ұйымның атауы/Название организации _____

Мекенжайы/Адрес _____

Науқастың ТАӘ(болған жағдайда)/ФИО (при наличии) больного _____

Науқас осы ұйымда тіркелді / Больной зарегистрирован в данной организации
Тіркеу нөмірі (жаңа)/Регистрационный номер (новый) _____

Тіркелген күні/Дата регистрации _____

Науқасты қабылдап алған тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при
наличии)
принявшего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ұйымның атауы (Наименование организации) _____

Туберкулезге шалдыққан науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте больного
туберкулезом

Емдеуге алынатын туберкулезге шалдыққан науқастың ақпараттық келісімі

Мен, _____

науқастың Т.А.Ә., (болған жағдайда) туылған жылы (егер бала болса,
ата-анасын немесе қамқоршысынын көрсету)

Тұратын мекенжайы _____

1. Науқастың құқығы

1) Туберкулез деп сараптама қойылған күннен бастап, емдеуді толық аяқтағанға дейін кез келген

уақытта тегін медициналық көмекке;

2) Туберкулездің көп дәріге төзімділігімен (КДТ ТБ) және адам инммунды тапшылық вирусымен

ілеспелі туберкулез жағдайын қосқанда медициналық ем мен кеңес алу
Халықаралық стандартқа

сәйкес болады;

3) Туберкулез науқасымен қатынаста болған балалар мен басқада тұлғаларды туберкулезден

тексеру мен алдын ала емдеуді тегін жүргізуге;

4) Емделушінің абройына, мәдени құндылықтары мен діни нанымдарына барлық медицина

қызметкерлері мен денсаулық сақтау әкімшілігі жағынан орынды және әділетті қатынаста болуға;

5) Өзінің денсаулық жағдайы туралы (сараптамасын, ем әдісін, емделу уақытын, емге

байланысты нәтижелері мен қауіп-қатерін) дер кезінде толық және маңызды ақпаратты алуға;

6) Туберкулезге қарсы препараттардың атауы және мөлшері туралы және олардың әсері мен

жанама әсерін сонымен қатар қосымша диагностикалық және қандайда бір емнің араласуы туралы

мәлімет алуға құқылы.

2. Науқастың міндеті:

1) Тағайындалған ем тәртібін сақтау. Өзінің денсаулығы мен айналасындағылардың денсаулығы

үшін туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерді қабылдауда үзіліс жасамау;

2) Медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен барлық тағайындалған туберкулезге қарсы

препараттарды қабылдау;

3) Айналасына кері әсер етпеуі үшін "туберкулез науқасының мінез-құлқы ережесін" сақтау;

4) Емдеу әдісін дұрыс таңдау үшін, өзінің денсаулық жағдайын, алдыңғы ем тәсілдерін, ілеспелі

ауруын, ота жасалғандығын, жарақат алғандығын, аллергиялық әсері мен басқада мағлұматтар туралы

барлық ақпаратты медицина қызметкерлеріне ұсыну;

5) Барлық отбасы мүшелері мен басқада қатынаста болған тұлғалар туралы туберкулезге қарсы

қызметтің мамандарына хабарлау;

6) Өз денсаулық жағдайының күрт өзгеруін, шағымын медицина қызметкерлеріне дер кезінде

хабарлау;

7) Медицина қызметкерлері мен басқа емделушілердің құқығын құрметтеуге міндетті.

Таныстым:

- Туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау кезінде, дәрі қабылдағанда үзіліс болған жағдайда

және есірткі мен алкоголь сияқты заттарды тұтыну нәтижесінде "емнің сәтсіз болуы, кейде дәрінің

жанама әсері болуы мүмкін;

- Үнемі емдеу тәртібін бұзған кезде, ауру асқынып кетуі мүмкін, (туберкулездің көп дәріге

тұрақтылық түрі қалыптасады) соның салдарынан қажетті дәрі-дәрмек шетелде сонымен қатар

Қазақстанда жоқ болғандықтан өлім қаупін тудыруы мүмкін.

- Емдеу тәртібін бұзған немесе емді үзген және емнен ауытқыған жағдайда Қазақстан

Республикасының халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау кодексі бойынша мәжбүрлеп

оқшаулау шараларын қолдануға тағайындалуы мүмкін.

Осы келісімнің барлық тарауларымен келісемін және оны орындауға борыштымын.

Емделушінің қолы _____ күні _____

Медицина мекемесі қызметкерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____

Учаскелік дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____

Информированное согласие больного туберкулезом на лечение

Я, _____

Ф.И.О., (при наличии) год рождения больного (если ребенок, указать родственника или опекуна)

проживающий(ая) по адресу:

Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза

1. Больной имеет право:

- 1) На бесплатную и общедоступную медицинскую помощь в любое время с момента постановки диагноза туберкулеза до завершения полного курса лечения.
 - 2) На медицинскую консультацию и лечение в соответствии с Международными стандартами, включая случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и туберкулезом с сопутствующей инфекцией вируса иммунодефицита человека.
 - 3) На бесплатное обследование и профилактическое лечение туберкулеза детей и других лиц, находившихся с ним в контакте.
 - 4) На уважительное и беспристрастное отношение со стороны всех медицинских работников и администраторов здравоохранения, без ущемления достоинства пациента, с учетом его религиозных верований и культурных ценностей.
 - 5) На своевременное получение полной и ясной информации о состоянии своего здоровья (диагнозе, методах и длительности лечения, возможном исходе и рисках, связанных с лечением).
 - 6) На получение сведений о названиях и дозах противотуберкулезных препаратов, об их действии, возможных побочных реакциях, а также о дополнительных диагностических и лечебных вмешательствах.
2. Больной обязан:
- 1) Соблюдать назначенный режим лечения. Не допускать перерывов приема лекарств, что будет способствовать защите собственного здоровья и здоровья окружающих.
 - 2) Принимать все противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского персонала.
 - 3) Соблюдать "Правила поведения больного туберкулезом", чтобы не заражать окружающих.
 - 4) Представлять медицинским работникам всю информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах,

аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

5) Информировать работников противотуберкулезной службы обо всех членах семьи и других

лицах, которые могли быть инфицированными в результате контакта.

6) Своевременно сообщать медицинским работникам об ухудшении своего состояния, появлении

новых жалоб.

7) Уважать права других пациентов и медицинских работников

Ознакомлен с тем, что:

- при приеме противотуберкулезных препаратов могут иногда возникнуть побочные реакции, и

возможен "неблагоприятный исход лечения", который чаще возникает в результате перерывов приема

лекарства и других нарушений режима лечения, употребления алкоголя и наркотических средств;

- при постоянных нарушениях режима лечения заболевание становится неизлечимым

(формируется лекарственно устойчивая форма туберкулеза) и порой смертельным, от которого лекарств

в мире, в том числе и в Казахстане нет;

- в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно

применение мер принудительной изоляции согласно Кодексу Республики Казахстан № 193-IV от 18

сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения".

Согласен со всеми пунктами данного соглашения и обязуюсь выполнять его.

Подпись пациента _____ дата _____

Ф.И.О. (при наличии) должностного лица медицинской организации _____

Подпись _____ дата _____

Ф.И.О. (при наличии) участкового лечащего врача _____

Подпись _____ дата _____

министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 1-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 2-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № туберкулезбен ауыратын науқас 12/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № туберкулезного больного 12/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен

туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне)

Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций) за 20__ жыл (год) _____ күні

ДДҰ ұсынған препараттың халықаралық патенттелмеген атауы, мөлшері _____
 Саудалық атауы /торговое название _____

Международное непатентованное наименование препарата, рекомендованное Всемирной

организацией здравоохранения, дозировка

Өндіруші /Производитель _____

Өндіруші ел /Страна-

производитель _____

Жеткізіп берушінің қосымша құжаты /Накладная поставщика: № _____ 20__ жылғы (года) " _____ "

Өнім түрі /Форма выпуска _____

Өлшем бірлігі: таблетка,

қаптама, ампула, флакон, қалташа, (керекті астын сызу)

Единица измерения: таблетка, капсула, ампула, флакон, пакетик, контейнер (нужное подчеркнуть)

Сериясы және жарамдылық мерзімі /Серия и срок годности _____

№ рс / № п\п	Күні, айы/ Дата, месяц	Айдың басындағы қалдық/ Остаток на начало месяца	К і р і с / С а н ы					Қалдықты қ о с а есептегендегі барлық кіріс Всего приход с остатком		Ш ы ғ ы с / Расход	
			Рұқсат қағазы бойынша / По разрядке	Басқа аумақтардан / Из других регионов	Б а с қ а ведомстволарданд / Из других ведомств	Қайтарым / Возврат	С а н ы / Количество	Қайда (аудандық ТҚҰ, АМСК, бөлімше) / Куда (№ ПТО района, ПМСП, отделение)	Қосымша құжаттың № / № накладной	Т К Г	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 3-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Стационарлық науқастың медициналық картасы

№ _____

Медицинская карта стационарного больного

Түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления) _____ / _____ / _____
: _____

Шыққан күні мен уақыты (Дата и время выписки) _____ / _____ / _____
: _____

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Бөлімшеге ауыстырылды (Переведен(а) в отделение) _____

Төсек-күндер өткізілді (Проведено койко-дней) _____

Тасымалдау түрлері (Виды транспортировки): арбамен (на каталке), орындықта(на кресле),

өздігінен жүре алады (может идти) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть). АИТВ-ға тексеру

(Исследование на ВИЧ) _____
Қан тобы (Группа крови) _____ Резус- тиістілігі (Резус-принадлежность) _____

Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы) (Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты (название препарата, характер побочного действия)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество больного (при его

наличии) _____

2. Жынысы (Пол) _____

3. Жасы (Возраст) _____ толық жасы, 1жасқа дейінгі балалар үшін-айы, 1 айға дейінгі

балалар үшін-күні (полных лет, для детей: до 1 года-месяцев, до 1 месяца-дней)

4. Ұлты (Национальность) _____

5. ЖСН (ИИН) _____

6. Медициналық тіркеу нөмірі _____

(Регистрационный медицинский номер)

7. ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

8. Тұрғылықты мекенжайы (Постоянное место жительства): қала (город), ауыл (село) керекті астын

сызыңыз (нужное подчеркнуть)

мекенжайын жазыңыз, сырттан келгендер үшін- облысын, ауданын, елді мекенін, туыстарының

мекенжайы мен телефон № көрсетіңіз

(вписать адрес, указав для приезжих – область, район, нас. пункт, адрес родственников и №

телефона)

9. Жұмыс орны, кәсібі немесе лауазымы (Место работы, профессия или должность) _____

10. Оқудағылар үшін- оқу орны, балалар үшін-балалар ұйымының, мектептің аты, мүгедектер үшін-

түрі мен тобы

(для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения, школы, для инвалидов - род и

группа)

11. ОСМ, ОСҚ, интернационалшыл-жауынгер (ИОВ, УОВ, воин – интернационалист) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

12. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании):
сақтандыру полисінің № (страхового полиса) _____

13. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1- қызметкер (служащий), 2- жұмыскер (рабочий),
3- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер),
5 - оқушы (учащийся), 6- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо,занятое индивид. трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 – жұмыссыз (безработный), 10- басқалар (прочее).

14. Жеңілдік санаты (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1; ҰОСҚ (УВОВ) – 2;
интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3; бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4; ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5; сәуле, серін алған адамдар (лица, подвергшиеся радиации) – 6; ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7;
әскерге шақырылушы (призывник) – 8; еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочие) – 11.

15. Науқасты кім жіберді (Кем направлен больной) _____

медициналық ұйымының аты (название медицинской организации)

16. Стационарға шұғыл айғақтары бойынша жеткізілді (Доставлен в стационар по экстренным показаниям): иә (да), жоқ (нет), ауруы басталған соң, зақым алған соң (через _____ сағаттан кейін (часов после начала заболевания, получения травмы), жоспарлы тәртіппен жатқызылды

(госпитализирован в плановом порядке) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), өз бетімен

бару (самообращение) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

18. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) _____

19. Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

Қойылған күні (Дата установления) _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и
подпись врача)

20. Қорытынды клиникалық диагнозы (Диагноз заключительный
клинический):

1) негізгі (основной)

2) негізгі ауруының асқынуы (осложнение основного):

3) қосалқы (сопутствующий)

Дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда)., қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись врача)

21. Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы (Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые), қайталап (повторно) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть), барлығы (всего) ___ рет (раз).

22. Хирургиялық операциялар, ауырсынуды басу әдістері және операциядан кейінгі асқынулар

(Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения):

№	Операцияның аты Название операции	Күні, сағаты Дата, час	Ауырсынуды басу әдісі Метод обезболивания	Асқынулар Осложнения	Операция жасаған (Оперировал)

23. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) _____

көрсетіңіз (указать)

24. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі (Отметка о выдаче листка

нетрудоспособности)

№ _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін № _____ (с) _____ бастап

(по) _____ дейін

№ _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін № _____ (с) _____ бастап

(по) _____ дейін

25. Ауру немен аяқталды (Исход заболевания): шығарылды (выписан) – жазылуымен (с

выздоровлением), жақсаруымен (с улучшением), өзгеріссіз (без перемен), нашарлаумен (с

ухудшением), қайтыс болу (смерть), басқа ұйымға ауыстырылды (переведен в другую

организацию) _____

емдеу ұйымының аты (название медицинской организации)

Қабылдау бөлімшесінде қайтыс болды, жүктілігі 28 аптаға дейінгі жүкті әйел қайтыс

болды, жүктілігі 28 аптадан асқан соң, босанатын, жаңа босанған әйел қайтыс болды. (Умер в

приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель

беременности, роженица, родильница).

26. Еңбекке қабілеттілігі толық орнына келді, төмендеді, уақытша жоғалтты, осы ауруына, басқа

себептерге байланысты біржолата жоғалтты (керекті астын сызыңыз) (Трудоспособность

восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным

заболеванием, с другими причинами (нужное подчеркнуть)).

27. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды (Для поступивших на экспертизу – заключение)

28. Ерекше белгілер (Особые отметки) _____

Бөлімше меңгерушісі (Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы)	Емдеуші дәрігер (Т.А.Ә.болған жағдайда), қолы)
---	--

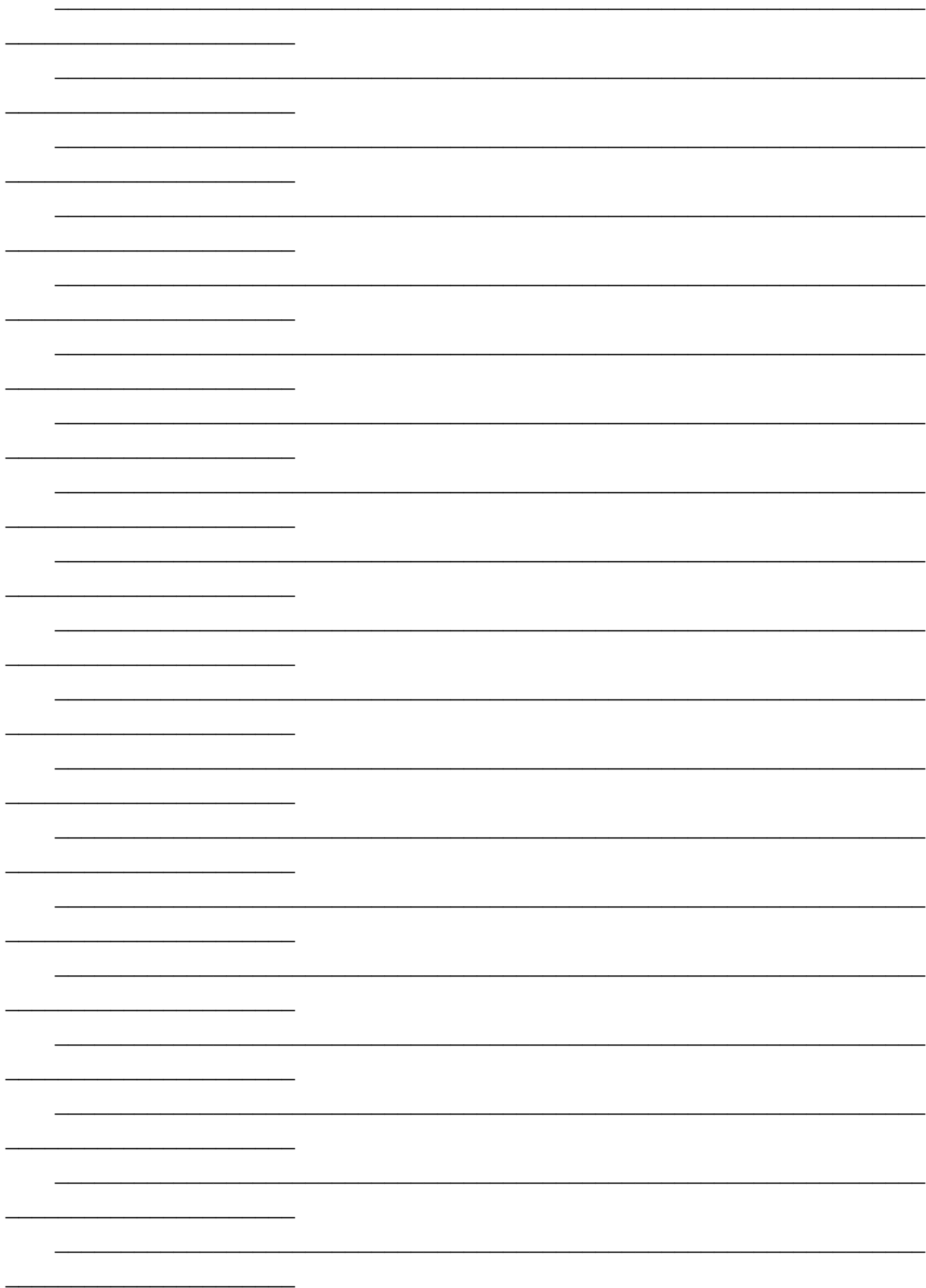
(Зав. отделением (Ф.И.О. (при наличии) подпись))

(Лечащий врач) (Ф.И.О. (при наличии, подпись))

Қабылдау бөлімшесі дәрігерінің жазбасы

Запись врача приемного покоя

Blank lined paper with horizontal ruling lines for writing.



қабылдамайды/не принимает

қабылдайды/принимает (атауы/наименование, қашан және қабылдау себебі/
когда и причины
приема)

Жұқпалы аурулармен ауыруы/Перенесенные инфекции:

жоқ /отрицает;

иә/да (қандай ауру және
қашан ауырды): _____

Туберкулез/Туберкулез;

Тері-қан/Кож-Вен.: _____

Гепатит/Гепатит ____;

басқа/др. _____

Диспансерлік есепке алынған/Состоит на диспансерном учете:

жоқ/нет

иә/да:

Емдеуге жатқызу/Операциялар/Госпитализации/операции:

жоқ/не было

иә/да (соңғыларын

көрсетіңіз: жылы, себебі/указать последние: год, причина): _____

Гемотрансфузия жасалған ба?/Проводилась ли гемотрансфузия?

иә/да

жоқ/нет; жасалған болса,

трансфузиялық реакция болды ма?/если да, была ли трансфузионная реакция:

жоқ/нет;

иә/да

Объективтік статусы _____

Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері/Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

Алдын ала қойылған диагноз/Предварительный диагноз

Тексеріп-қарау және емдеу жоспары/ План обследования и лечения

Зертханалық-аспаптық зерттеу деректері/данных лабораторно-инструментальных исследований:
(атау қажет/перечислить) _____

Клиникалық диагноз/Клинический диагноз:
Негізгі ауру/Основное заболевание: _____

Негізгі аурудың асқынуы/Осложнение основного заболевания: _____

Ілеспе ауру/Сопутствующее заболевание: _____

Ілеспе аурудың асқынуы/Осложнение сопутствующего заболевания:

Емдеуші дәрігер/ Лечащий врач:

A series of horizontal lines for writing, consisting of a long top line and a shorter bottom line for each row, repeated 15 times.

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

(бюджеттік қаражат есебінен)

Лист врачебных назначений

(за счет бюджетных средств)

Карта _____ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество
(при наличии) больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

Тағайындаулар Назначения	Орындаушылар Исполнители	Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы белгілер/Отметка о назначен выполнении														
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күн Дат
Режім	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Емдем Диета	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Қолдары Подписи	Дәрігер/Врач															
	Мейіргер / Медсестра															

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

**Дәрігерлік тағайындаулар парағы ((бюджеттен тыс қаражат есебінен)
Лист врачебных назначений (за счет внебюджетных средств)**

Карта _____ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

Тағайындаулар Назначения	Орындаушылар Исполнители	Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы бе. (Отметка о назначении и выполнении)															
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күн Дат	
Режім	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
Е м д ә м Диета	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
Қолдары Подписи	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

"Предтрансфузиондық эпикриз" медициналық картасы

Медицинская карта "Предтрансфузионный эпикриз"

Пациент _____

_____ медициналық картаның № /№ Медицинской карты _____,
бөлімшесі /отделение

Салмағы/Вес _____ кг

Қанның компоненттерін және препараттарын құюға келісім алынған/Согласие на переливание компонентов и препаратов крови получено

Науқастану тарихындағы трансфузиондық анамнез/Трансфузионный анамнез в истории болезни:

трансфузия бұрын өткізілмеген/трансфузий ранее не проводилось

ерекшеліктері жоқ трансфузиондық анамнез /трансфузионный анамнез без особенностей

посттрансфузиондық асқынулар болды, қандай екенін көрсету қажет/имели место

посттрансфузионные осложнения, указать какие

Әйелдер үшін акушерлік анамнез /Акушерский анамнез для женщин:

ерекшеліктері жоқ/без особенностей

көп реттік (5 және одан артық) жүктілікте, өлі туу, түсік және іш тастау жағдайларын

қоса/многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения, абортів и выкидышей в ранних сроках

Иммуногематологиялық ерекшеліктер/Иммуногематологические особенности :

болған жоқ /не выявлены

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері

табылған/выявлены вариантыные формы антигенов или экстраагглютинины

иммундық антиэритроцитарлық қарсы денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету

кажет)/выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность, если известно)

антиэритроцитарлық қарсы денелер зерттелген

жоқ/антиэритроцитарные антитела не исследовались

Қанның эритроцитті компоненттері (ҚЭК) үшін Көрсеткіштер/Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК)

ОАК, КЩС от " _____ " _____ 20__ ж/ г. уақыты/ время _____

— Ересектердің қойылтылған эритроциттердің бір мөлшері гемоглобинді шамамен 10г/л өсіру /Одна

доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин примерно на 10г/л

өткір қаназдық, гемоглобин /острая анемия, гемоглобин _____ г/л

созылмалы теңгерілмеген қаназдық/хроническая некомпенсированная анемия, гемоглобин _____

г/л, емханалық деректер: шамадан тыс әлсіздікке шағым/клинические данные: жалобы на

выраженную слабость, ЧД _____, Ps _____, АД _____

О қаназдық кезінде О₂ жеткізудің төмендеуі/снижение доставки О₂ при анемии, Нв _____ г/л, РаО₂

_____ мм сын.бағ /мм рт. ст., РvО₂ _____ мм сын.бағ /мм рт. ст.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

СЗП/криопреципитат үшін Көрсеткіштер: Соңғы коагулограмманың деректері /ПОКАЗАНИЯ для

СЗП/криопреципитата: Данные последней коагулограммы:

(коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ВСК жеткілікті/достаточно

одного измененного показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут)

ПТИ _____ %, МНО _____, АЧТВ _____, Фибриноген _____ г/л, АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі/Толерантность плазмы к гепарину _____, ВСК _____ мин,

Талдау/Анализ от " _____ " _____ 20__ г., время _____

коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы /дефицит факторов коагуляционного

гемостаза

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы/дефицит плазменных антикоагулянтов

плазмаалмасу/ плазмообмен

Есептелген мөлшері /Расчетная доза (12-20мл/кг) _____

КТ үшін Көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны

Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов _____

*

10^9 /л

Талдау /Анализ от " _____ " _____ 20__ г., время _____

Тромбоцитопения төмен/менее 20

*

10^9 /л, геморрагиялық тромбоцитопениялық

синдром/геморрагический тромбоцитопенический синдром

Тромбоцитопения менее 10

*

10^9 /л төмен геморрагиялық синдромсыз/ без геморрагического синдрома.

Тромбоцитопения төмен/ менее 50

*

10^9 /л, хирургиялық операция/хирургическая операция.

Тромбоцитопения төмен /менее 100

*

10^9 /л, нейрохирургиялық операция/нейрохирургическая операция.

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром/геморрагический синдром.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

Альбумин үшін Көрсеткіштер/ Показания для альбумина:

Гипопртеинемия/гипоальбуминемия _____ г/л,
талдау /анализ от " _____ " _____ 20__ жыл/года. уақыты /время _____

Дәрігердің Тегі, Аты, Әкесінің аты (болған жағдайда), трансфузияға негізделген

көрсеткіштер/Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) врача, обосновавшего показания к трансфузии

Дәрігердің қолы /Подпись врача _____ Уақыты /Время _____ күні /дата _____

Трансфузияның көрсеткіштері тексерілгенін растаймын/Показания к трансфузии проверены, подтверждаю

Бөлімше меңгерушісі/Заведующий отделением _____ Қолы/ Подпись _____

Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама Направление на индивидуальный и специальный подбор крови № _____ 20__ жылғы (год) " _____ " _____ жолданған күні (дата направления) Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)) _____ ----- ЖСН (ИИН) _____ Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____ ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____ ----- Байланыс ақпараты / Контактная информация _____ ----- Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при	Жеке іріктелген қан нәтижесі Результат индивидуального подбора крови Жеке іріктеу № _____ Индивидуальный подбор № _____ ----- № _____ 20__ жылғы (год) " _____ " _____ жолданған күні (дата направления) Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)) _____ ----- ЖСН (ИИН) _____ ----- Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____ ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ----- Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____ -----
---	--

наличии) врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МҰ (МО направившая на исследование) _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), 3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (обязательное социальное медицинское страхование) , 6 – шарт (договор)
Диагноз (Диагноз) _____

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынамаңы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.
Қанды жеке іріктеу қажеттілігі неден туындады (Чем вызвана необходимость индивидуального подбора крови) _____

Бұрын қанның трансфузиясы жүргізілді ме (Проводились ли раньше т р а н с ф у з и и к р о в и) _____

(оның күні мен ағымын көрсетіңіз/указать даты и как они протекали) _____

Реципиентте гемолиздік ауруы бар балалар туылды ма (ауыр түрде сары ауру, туа біткен эмбебаб ісік т.б.)
(Рождались ли дети у реципиента с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек, прочее) _____

Сыртартпада неше рет жүкті болды, түсік тастау болды ма (Сколько в анамнезе беременностей, были ли выкидыши) _____

Қажетті трансфузиологиялық ортаның мөлшері, болжамды трансфузия күні (Количество требуемой трансфузионной среды и ориентировочная дата трансфузии) _____
дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)врача) _____

Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения) _____

ция _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии) врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Қан тобы, резус-факторы (Группа крови, резус-фактор) _____

Бұрынғы антиденелер (олардың өзіндік ерекшеліктері)
Наличие ранее обнаруженных антител (их специфичность) _____

(Подобрана трансфузионная среда)
Мөлшері (в количестве) _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии) врача выполнившего исследование) _____

Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения) _____

.....(Пробы на индивидуальную совместимость обязательны)

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға
ақпараттандырылған ерікті

келісім (бас тарту)

Осы донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға
ақпараттандырылған

ерікті келісім/бас тарту "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі
туралы" Қазақстан

Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 91-бабының 3, 4-
тармақтарына сәйкес

құрастырылған.

1. Маған, _____

_____ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) пациент өз қолымен жазады)
денсаулығымның жағдайы және донорлық қанның компоненттерін және (немесе)
препараттарын

құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

1.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын
құюға келісім беремін/ бас

тартамын

*

1. 3. Осы келісім/бас тарту (керекті астын сызу қажет) келесілерге
таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық
жағдайлары ауруханада

жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн
ішінде _____

_____ (пациенттің өз

қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

1.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың
мүмкін асқынулары

(реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және
бактериалдық инфекцияларды

жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

1.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде
түбегейлі жауаптар

алдым.

1.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

(пациенттің өз қолымен жазылады)

1.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____

(пациенттің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан өміріме қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім

(керекті астын сызу қажет):

- өзгереді,
- өзгермейді

*

1.8. Егер менің шешім қабылдауға жағдайым болмаса (есім болмаса), құю туралы шешімді

дәрігерлердің комиссиясы немесе менің заңды өкіл(-дер)ім қабылдайды

*

*

(пациенттің өз қолымен жазылады, шешімді кім қабылдады –дәрігерлердің комиссиясы немесе

тегін және байланыс телефондарын көрсете отырып заңды өкілі (дері)

Пациенттің қолы: _____

Пациентті ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

2. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе)

препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса оның заңды өкілі

қол қояды.

2.1. Маған, _____

(тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

менің баламның/қамқорлығымдағы адамның денсаулығының жағдайы

(баланың/қамқорлығындағы адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
) және туған күні
көрсетіледі)

Және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға
көрсеткіштердің бар
болуы түсіндірілді.

2.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын
құюға келісім беремін (бас
тартамын) (керекті астын сызу қажет)

*

2.3. Осы келісім (бас тарту) (керекті астын сызу қажет) келесілерге
таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық
жағдайлары ауруханада

жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде

(заңды өкілдің өз

қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

2.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың
мүмкін асқынулары

(реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және
бактериалдық инфекцияларды

жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде
түбегейлі жауаптар

алдым.

2.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және
түсінгенімді растаймын.

(заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

2.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____

_____ (заңды

өкілдің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты
көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан менің баламның/қамқорлығымдағы адамның өміріне қауіп туған

жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

Өзгереді,

Өзгермейді

*

Заңды өкілдің қолы және тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Заңды өкілді ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

3. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе)

препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса, ал оның заңды

өкіл(-дер)і белгілі болмаса немесе қол жетімді болмаса, қанның компоненттерін және (немесе)

препараттарын құю туралы шешімді құрамында кем дегенде 3 адамнан тұратын дәрігерлердің

комиссиясы қабылдайды.

Комиссиялық шешімнің жарамдылық мерзімі 1 тәуліктен артық емес немесе пациенттің заңды өкілі

пайда болғанша немесе пациенттің қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю

туралы өз бетінше шешім қабылдай алғанша.

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

*

Ескерту: пациент (немесе оның заңды өкілі) донорлық қанның компоненттерін және (немесе)

препараттарын құядан бас тартқан жағдайда, қанның компоненттерін құядан ақпараттандырылған ерікті бас тартуға бөлімшені меңгерушісі қол қояды.

*
*

Ескерту: 1.8-тармақ 1.7-тармаққа оңтайлы жауап болған кезде толтырылады.

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) бланкісі толтырылған күні және уақыты

(пациентті немесе заңды өкілді ақпараттандырған дәрігермен толтырылады)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымшапарағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Информированное добровольное согласие (отказ) на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

Настоящее информированное добровольное согласие/отказ на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови составлено в соответствии с пунктами 3, 4 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"

1. Мне, _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно пациентом)

разъяснены состояние моего здоровья и наличие показаний для переливания компонентов и (или) препаратов донорской крови.

1.2. Настоящим, я даю согласие/отказываюсь (нужное подчеркнуть) на переливание компонентов и (или) препаратов крови

*

1.3. Данное согласие/отказ (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода

госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня

(вписывается

собственноручно пациентом, указывается дата планируемого переливания)

1.4. Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов

крови (реакции, осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и

бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

1.5. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а)

исчерпывающие ответы в доступной форме.

1.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное

(вписывается собственноручно пациентом)

1.7. При отказе от переливания _____

(вписывается собственноручно пациентом, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза моей жизни, мое

решение об отказе (нужное подчеркнуть):

- изменяется,

- не изменяется

*

1.8. Если я буду не в состоянии принимать решения (при нарушении сознания), решение о

проведении переливания принимается комиссией врачей или моим(и) законным(и)

представителем(ями)

*

*

(вписывается собственноручно пациентом, кем принято решение – врачебной комиссией или

законным(и) представителем(лями) с указанием его(их) фамилии(й) и контактных телефонов)

Подпись пациента: _____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего пациента _____

2. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем

ему самостоятельно принимать решения о согласии/отказе на переливание компонентов и

(или) препаратов крови, согласие/отказ подписывается его законным представителем.

2.1. Мне, _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно законным

представителем) разъяснены состояние здоровья моего ребенка/ подопечного

(указывается Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и дата рождения ребенка/ подопечного)

и наличие показаний для переливания компонентов и (или) препаратов донорской крови.

2.2. Настоящим, я даю согласие (отказываюсь) (нужное подчеркнуть) на переливание

компонентов и (или) препаратов крови

*

2.3. Данное согласие (отказ) (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода

госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня

(вписывается

собственноручно законным представителем, указывается дата планируемого переливания)

2.4. Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов

крови (реакции, осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и

бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

2.5. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а)

исчерпывающие ответы в доступной форме.

2.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное

(вписывается собственноручно законным представителем)

2.7. При отказе от переливания

(вписывается собственноручно законным представителем, указывается компонент и (или)

препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза жизни

моего ребенка/ подопечного, мое решение об отказе (нужное подчеркнуть):

Изменяется,

Не изменяется

*

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) законного представителя _____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего законного представителя

3. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем

ему самостоятельно принимать решения о согласии (отказе) на переливание компонентов и (или)

препаратов крови, а его законный(е) представитель(и) неизвестны или недоступны, решение о

переливании компонентов крови и (или) препаратов принимается комиссией врачей в составе не

менее 3 человек.

Комиссионное решение имеет срок действия не более 1 суток или до появления законного

представителя пациента или возможности пациента самостоятельно принимать решение о согласии

на переливание компонентов и (или) препаратов крови.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

*

Примечание: В случае отказа пациента (или его законного представителя) от переливания

компонентов и (или) препаратов донорской крови, информированный добровольный отказ от

переливания компонентов крови визируется подписью заведующим отделением.

*

*

Примечание: Пункт 1.8 заполняется только при положительном ответе пункта 1.7

Дата и время заполнения бланка информированного добровольного согласия (отказа) на

переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

(заполняется врачом проинформировавшим пациента или законного представителя)

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы/

Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)
больного)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Трансфузияны өткізген күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы) (число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии): басталды (начата) сағат

(час)___ минут (минута)____, аяқталды (окончена) сағат (час)___ минут (минута)_____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность

больного)_____

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия)

Сықатнама № (№ истории болезни)_____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)_____, Ps _____, t⁰

Трансфузиялық сыртартпа (Трансфузионный анамнез)_____

Трансфузия көрсетілімдері (Показания к трансфузии)_____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды)_____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора)_____

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі (Номер этикетки трансфузионной среды)_____

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды)_____

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды)_____

Үйлесу сынамасын өткізу (Проведение проб на совместимость):
Қан тобы арқылы (по группе крови)_____

Резус-тиістілігі арқылы (по резус-фактору)_____

Сынап көруді өткізген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (қан тобы және резус)_____

(Ф.И.О. (при наличии), подпись врача, проводившего пробы (группа крови и резус)

- биологиялық сынамасы арқылы (биологическая проба)_____

Құйылған (Перелито) _____ миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып,

тамшылатып – сорғалатып – керекті астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно

– нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после

трансфузии) _____

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) врача,

проводившего трансфузию)

(қолы) (подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0

_____ (1 сағаттан кейін

(через 1 час));

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (2 сағаттан кейін (через 2 часа));

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (3 сағаттан кейін (через 3 часа)).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

медсестры) _____

Қолы; (подпись) _____

Күні, уақыты (дата, время) _____

Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы/

Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)
больного)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Трансфузия өткізу күні (Дата проведения трансфузии)_____

(күні, айы, жылы; число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)___ минут (минута)___,

аяқталды (окончена) сағат (час)___ минут (минута)___.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и
резус-принадлежность больного)

Трансфузияны өткізген ауырухана бөлімшесі (Отделение больницы, где
проводится
трансфузия)_____

Сырқатнаманың № (№ истории болезни)_____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)_____, Рs_____, t⁰ _

Трансфузиондық сырқатнама (Трансфузионный анамнез)

Трансфузияға көрсетілімдер (Показания к трансфузии)_____

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

**Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы)
 тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы**

**Карта основных показателей состояния больного и назначений в
 отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии**

Науқас (больной) _____ Күні (дата) _____

Жасы (возраст): _____ Жынысы (пол): _____ ЖСН/ИИН _____

Сырқатнаманың № (Номер истории болезни) _____

Қанның тобы (Группа крови) _____ Қанның резус-факторы (резус-фактор)

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)

Қосалқы (Сопутствующий):

Операциялық әрекет (Оперативное вмешательство):

Стул			
Дренаж 1			
Дренаж 2			
Дренаж 3			
Зондтан шығуы (сброс по зонду)			

Қосымша тағайындаулар (Дополнительные назначения):		
Емдәм (Диета)		
Кенес шақыру (пригласить на консультацию)	1.2. 3.4.	
Аспаптармен тексеру (Инструментальные исследования)	ЭКГ (ЭКГ) _____ _____	Рентген сәулесі арқылы суретке түсіру (Рентгенография) _____
	УДЗ (УЗИ) _____ _____	Компьютерлік томография (КТ) _____
	ЭХО КГ _____ _____	КТ _____
Келесі тәулік анализдері (Анализы на следующие сутки)	ҚЖТ (ОАК) ЗЖТ (ОАМ) Плазма электролігі (Электролиты плазмы) Коагулограмма Креатинин, несепнәр (Креатинин, мочеви́на) Бауыр анықтағышы (Печеночные пробы)	R W Қанның қанты (Сахар крови)

АРИТБ-нде елесті ауруларды тексеру
Диагностика делирия в ОАРИТ

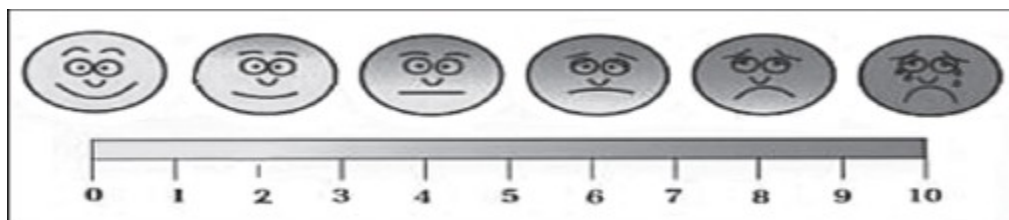


Рисунок 1. Визуально-аналоговая шкала

RASS: Ричмондтық тағатсыздандуды және седацияны бағалау межесіздігі 1
Кесте

Ричмондская шкала оценки ажитации и седатации.

Таблица 1.

+ Басқыншыл	Науқас басқыншыл, кездейсоқ көрінген психомоторлық қозулар, медицина қықметкердеріне зақым келтіруі мүмкін
4 Агрессивен	Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу

+ 3	Тағатсыздандуды білдіру Выражения ажитация	Науқас басқыншыл, катетерлерді, шолғыны, дренажды, түтікті алып тастайды. Пациент агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки
+ 2	Тағатсызданду Ажитация	Максатқа сай келмейтін жиі қозғалыс белсенділігі, ӨЖЖ кезінде респиратормен "к ү р е с" Частая нецеленаправленная двигательная активность, "борьба" с респиратором при проведении ИВЛ
+ 1	Мазасыздық Беспокойство	Науқас мазасыз, кейде корқыныш сезімінде, бірақ басқыншыл, ал қозғалыс белсенділігінде бүлдіргіш бағыт жоқ Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности
0	Байсалдылық және Ықыластылық Спокойствие и внимательность	
- 1	Ұйқышылық Сонливость	Ықыластылығы аз, кеш жауап қайтарады: көзін ашып 10 сек. артық белгілеп қарайды. Недостаточно внимателен, пробуждается на отклик отсрочено: открывает глаза, фиксирует взор более 10 секунд
- 2	Жеңіл седация Легкая седация	Жауапты дер кезінде қайтарады (көзін ашады, бірақ 10 сек. кем белгілеп қарайды). Пробудим на отклик (открывает глаза, но фиксирует взор менее 10 секунд)
- 3	Бірқалыпты седация Умеренная седация	Қозғалыс белсенділігі немесе жауап қайтаруға белгілеп қараусыз көзін ашу. Двигательная активность или открывание глаз в ответ на отклик без фиксации взора
- 4	Терең седация Глубокая седация	Сұраққа реакцияның болмауы, бірақ қозғалысқа белсенді немесе проприоцепциялық және ауырсынғыштық тітіркендіргіштерге көзін ашу. Нет реакции на отклик, но двигательная активность или открывание глаз на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители
- 5	Сергудің болмауы Отсутствие пробуждения	Сұраққа, проприоцепциялық және ауырсынғыштық тітіркендіргіштерге реакцияның болмауы. Нет реакции ни на отклик, ни на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители

ICDSC: delirium жан сақтаудағы тексерудің бақылау парағы

2 Кесте.

Контрольный лист диагностики delirium в реанимации

Таблица 2.

-	Естің өзгеру дәрежесі	(Иә – 1; Жоқ – 0)	\sum 4 = делирий Сумма
Измененный	уровень сознания	(Да – 1; Нет – 0)	
-	Ықыластылықтың төмендеуі	(Иә – 1; Жоқ – 0)	
Снижение	внимание	(Да – 1; Нет – 0)	
-	Бағыттан адасу	(Иә – 1; Жоқ – 0)	
Дезориентация	(Да – 1; Нет – 0)		
-	Елестеушілік, сандырақ, психоз	(Иә – 1; Жоқ – 0)	
Галлюцинации, бред, психоз	(Да – 1; Нет – 0)		
-	Психомоторлық қозу немесе еркін белсенділіктің блокадасы	(Иә – 1; Жоқ – 0)	
Психомоторное возбуждение или блокада произвольной активности	(Да – 1; Нет – 2)		
-	Ақылға қонымсыз сөз, көңіл күй	(Иә – 1; Жоқ – 0)	
Неадекватная речь, настроение	(Да – 1; Нет – 0)		
-	Ұйқы циклінің бұзылуы	(Иә – 1; Жоқ – 0)	
Нарушение цикла сон – бодрствование	(Да – 1; Нет – 0)		

- Тәулік бойы өзгертін тұрақсыз сана-сезім деңгейі (Иә – 1; Жоқ – 0) \geq
 Неустойчивый, меняющийся в течении суток, уровень сознания (Да – 1; Нет – 0) \geq
 4 = делирий

Реанимациялық шаралар (Реанимационные мероприятия):

У а қ ы т ы Время	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	
Дефибрилляция																									
ЭИТ																									
ЭКС																									
Т.е. массаж Непрямой массаж																									
ОЖЖ (ИВЛ)																									
Медикаментозная поддержка Дәрілерді қолдану																									

Күндізгі медбике (мед. аға) Дневная медсестра (мед. брат): _____

Түнгі медбике (мед. аға) Ночная медсестра (мед. брат): _____

Кезекші дәрігер (Дежурный врач): _____

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Анестезиологтың консультациясы

Консультация анестезиолога

Тексерілген күні (Дата осмотра) 20 жылғы (года) " ", уақыты (время)

Анестезиолог дәрігер _____,

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)

_____, арурудың тарихы № _____, жынысы _____, жасы _____

_____ ЖСН/ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)больного № истории болезни пол возраст

Шағымы (Жалобы) _____

Анамнездер: а) бастан өткерген аурулары (ия/жоқ) _____

перенесенные заболевания (да/нет)

Бастан өткерген операциялары (ия/жоқ) _____

перенесенные операции, (да/нет)

Бұрынғы анестезиялары (ия/жоқ) _____

предыдущие анестезии (да/нет)

Қосалқы аурулары (ия/жоқ)

сопутствующая патология (да/нет)

Аллергиясы (ия/жоқ)

аллергия (да/нет)

Қан құю (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ) _____

переливание крови (да/нет), осложнения(да/нет)

Үнемі дәрі қолдануы (ия/жоқ)

постоянный прием лекарств (да/нет)

Зиянды әдеттер: темекі шегу (ия/жоқ), ішімдікті, есірткіні шектен тыс тұтыну (ия/жоқ) _____

вредные привычки: курение (да/нет), алкоголь, наркотики (да/нет)

Объективті статусы: а) дене салмағы _____ кг, бойы _____

см.

Объективный статус: вес рост

Денесі дұрыс қалыптасқан (ия/жоқ)

телосложение правильное(да/нет)

Аяқ көктамырының патологиясы (ия/жоқ)

патология вен нижних конечностей (да/нет)

Мойны қысқа (ия/жоқ) шея короткая (да/нет)

Ауыз қуысы (ерекшеліктері: ия/жоқ) полость рта (особенности: да/нет) _____

Тері жабындысы _____

кожные покровы

Демалу жүйесі: _____

система дыхания: -бос (ия/жоқ) _____ свободное (да/нет)

Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ 1 минутте, везикулярлы
(ия/жоқ) _____ қорылы хрипы (ия/жоқ) (да/нет) _____

Қанайналымы жүйесі: (Системы кровообращения) тамыр соғуы (пульс в мин)
_____ 1 мин.

екпіні, ырғақтығы (ритмичный) (ия/жоқ) (да, нет) _____

АҚҚ (АД) _____ мм рт.ст., жүрек дыбысы (таза: ия/жоқ) _____

ЦВД _____ мм вод. ст. _____ тоны сердца (чистые: да/нет)

ж) ішперде қуысыорғаны: іші (жұмсақ: ия/жоқ; кебуі: ия/жоқ) _____

органы брюшной полости: живот (мягкий: да/нет, вздут: да/нет)

з) нервтік-психикалық статусы (ерекшеліктері: ия/жоқ) _____

нервно-психический статус (особенности: да/нет)

Зертханалық мәліметері: Қан тобы (группа крови) _____, қанның
резус-факторы (резус-

фактор) _____,

Лабораторные данные: RW (диагностика сифилиса в латентной форме) _____
_____ ; Hb

(гемоглобин) _____ ; RBC (эритроциты) _____ ; Ht (гематокрит) _____ ;
PLT (тромбоциты)

_____ ; қант (глюкоза) _____ ; жалпы ақуыз (общий белок) _____ ;
зәрі (мочевина)

_____ ; креатинин (креатинин) _____ ; К _____ ; Na _____
_____ ; жалпы

Подписывая данный документ, я подтверждаю достоверность представленной мной информации и даю добровольное согласие на проведение анестезиологического обеспечения операции. Мне разъяснены возможные варианты анестезии. Выбор метода анестезии осуществлен мною совместно с анестезиологом. Я информирован(а) о возможности осложнений и даю согласие на проведение инвазивных манипуляций, необходимых для проведения анестезиологического обеспечения операции, а также манипуляций, необходимость в которых могут возникнуть при лечении осложнений основного заболевания.

Науқастың қолы (қамқоршы) _____ Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись больного (опекуна) _____ Подпись анестезиолога _____

Ұсыныстар (рекомендации):

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Науқасты операциядан кейін бақылау картасы

Карта послеоперационного наблюдения пациента

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Стационарлық науқастың медициналық картасының № _____

Жынысы (Пол) _____

(Номер карты стационарного больного)

Түскен күні (Дата поступления) _____

Түскен уақыты (Время поступления) _____ Профилі (Профиль) _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Ауыстырылған уақыты

(Время перевода) _____

Диагнозы (Диагноз)

Операциясы (Операция)

Анестезияның түрі (Вид анестезии)

Респираторлық жәрдем көрсету (Проведение респираторной поддержки)

Респиратор:

МТК (МОД), л/мин _____ ТК (ДО), мл _____

_____ ПДКВ

Түтікті алып тастау (Экстубация) _____

Наукастың жағдайы тұрақталды, профильді бөлімшеге емделу үшін ауыстырылады

(Состояние пациента стабилизировалось, для дальнейшего лечения пациент переводится в

профильное отделение)

Ауыстыру кезіндегі наукастың жағдайы (Состояние пациента на момент перевода):

Ауыстыру кезіндегі көрсеткіштері (Показатели на момент перевода):

ҚА (АД), мм рт. ст. _____ ЖЖЖ, екпіні/мин. (ЧСС, ударов/мин) _____

Т., град. С _____ ТАЖ (ЧДД), мин⁻¹. _____

— Қосымша енгізілді (Дополнительно вводилось):

Бақылау уақытында (За время наблюдения):

Инфузия, мл _____

Диурез, мл: _____

Дәрігер (Врач): _____

(қолы; подпись) _____ (күні, уақыты; дата, время)

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. . (при его наличии)) медсестры
)

— (күні, уақыты; дата, время)

(қолы; подпись)

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Анестезия картасы Карта анестезии

--	--	--

	У А Қ Ы Т (ВРЕМЯ)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="797 478 963 520">30 0</td> <td data-bbox="963 478 1190 520">0 30 0</td> <td data-bbox="1190 478 1417 520">0 30 0</td> <td data-bbox="1417 478 1531 520">0 30 0 №</td> </tr> </table>	30 0	0 30 0	0 30 0	0 30 0 №																					
30 0	0 30 0	0 30 0	0 30 0 №																								
Премедикация 1) Науқастың сәйкестендіру (Идентификация пациента) 2) Гемотрансфузиялық дайын (Гемотрансфузионная готовность) 3) Операция 4) Мониторинг 5) Анестезия аппараты (Наркозный аппарат) 6) Науқастың келісімі (Согласие пациента) 7) Тыныс алу жолдары (Дыхательные пути): Ларингоскопия (Ларингоскопия) - Оңалту (Санация) - Жалпы анестезия (Дәрі - дәрмектер (Газдар (Газы)	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="797 1402 1523 1486">O2 / / N2O / AIR</td> <td data-bbox="1523 1402 1531 1486"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1486 1523 1535">Изофлюран</td> <td data-bbox="1523 1486 1531 1535"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1535 1523 1583">Севофлюран</td> <td data-bbox="1523 1535 1531 1583"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1583 1523 1631">Пропофол</td> <td data-bbox="1523 1583 1531 1631"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1631 1523 1703">Б р ю з е п а м /</td> <td data-bbox="1523 1631 1531 1703"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1703 1523 1787">Реланиум</td> <td data-bbox="1523 1703 1531 1787"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1787 1523 1871">Л и с т е н о н /</td> <td data-bbox="1523 1787 1531 1871"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1871 1523 1919">Рокуроний</td> <td data-bbox="1523 1871 1531 1919">/ Ардуан</td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1919 1523 1967">Фентанил</td> <td data-bbox="1523 1919 1531 1967"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 1967 1523 2016">Атропин</td> <td data-bbox="1523 1967 1531 2016"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 2016 1523 2064">Димедрол</td> <td data-bbox="1523 2016 1531 2064"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="797 2064 1523 2100">Кетамин</td> <td data-bbox="1523 2064 1531 2100"></td> </tr> </table>	O2 / / N2O / AIR		Изофлюран		Севофлюран		Пропофол		Б р ю з е п а м /		Реланиум		Л и с т е н о н /		Рокуроний	/ Ардуан	Фентанил		Атропин		Димедрол		Кетамин	
O2 / / N2O / AIR																											
Изофлюран																											
Севофлюран																											
Пропофол																											
Б р ю з е п а м /																											
Реланиум																											
Л и с т е н о н /																											
Рокуроний	/ Ардуан																										
Фентанил																											
Атропин																											
Димедрол																											
Кетамин																											

№	операцияның	хатт	амасы
(Протокол операции №)			
Негізгі, қосымша (керегін сызыңыз) (Основная, дополнительная (нужное отметить))			
Бөлімше (Отделение)			

Стационарлық	науқас	картасының	№
(Карта стационарного больного №)			
Операция	басталды	(күн,	уақыт):
(Дата и время начала операции)			"__" ____.20 __ ж. (г.) __: __
Операция	аяқталды	(күн,	уақыт):
(Дата и время окончания операции)			"__" ____.20 __ ж. (г.) __: __
Хирург:			
Ассистент:			
Ассистент:			
Анестезиолог:			
Операциялық мейіргер (операционная сестра):			
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда): (Фамилия, имя, отчество больного (при наличии))			
Туған	күні,	айы,	жылы, жасы:
(Дата рождения, возраст)			
Операцияға	дейінгі	диагноз:	
(Диагноз до операции)			
Операциядан	кейінгі	диагноз:	
(Диагноз после операции)			
Ауырсынуды басу: (Обезболивание)			

Операцияның атауы (Название операции):
--

Операцияны сипаттау (Описание операции)

--

Қан жоғалту (Кровопотеря):	
Асқынулар (Осложнения):	
Препаратты сипаттау (аластанған ағза, ағза бөлігі) (Описание препарата (удаленного органа, части органа))	Үлгілер зерттеуге жіберілді иә/жоқ (керекті астын сызыңыз) Образцы отправлены на исследование да/ нет (нужное подчеркнуть)
Операцияның аяқталуы (Исход операции):	

20 жылғы (г.) " _____ " _____ _____ . _____ : _____ Хаттаманы жазу күні, уақыты (Дата, время написания протокола)	----- Операция жасаған хирургтің қолы (подпись оперировавшего хирурга)
--	--

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Инвазивтік емшара хаттамасы Протокол инвазивной процедуры

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии))
ЖСН/ИИН _____
Науқастың туған күні (Дата рождения больного)
Медициналық картасының № (№ мед. карты):
Емшара жасау күні мен уақыты (Дата и время проведения процедуры):
Емшараға дейінгі д/з (Д/з до процедуры):
Емшарадан кейінгі д/з (Д/з после процедуры):
Емшараның атауы (Название процедуры):
Емшараның хаттамасы (Протокол процедуры): Анестезия түрі, операцияның ағыны, олжа, пайдаланылған материал, операция кезіндегі асқинулар (егер болмаса, "операция кезінде асқинулар болған жоқ" деп көрсету қажет), консультанттардың операцияға қатысуы және басқа. Вид анестезии, течение операции, находки, использованный материал, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции не было"), участие консультантов во время операции и др.
Қан жоғалту көлемі (Объём кровопотери): _____ (егер болмаса, көрсету қажет)(если не было, необходимо указать)
Хирург (операция жасайтын) (оперирующий): Тегі, аты-жөні(болған жағдайда) (Фамилия, (при его наличии)инициалы)
Ассистент: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя,отчество (при его наличии)
Анестезиолог: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя,отчество (при его наличии)
Опер. сестра: Тегі, аты-жөні(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при его наличии)
Емшарадан кейінгі бақылау және емделу жоспары (План наблюдения и лечения после процедуры): одан әрі дәрігердің, мейіргердің және басқалардың әрекетін көрсетіңіз(указать дальнейшие врачебные, сестринские и др. действия)
Хаттаманы жазу күні, уақыты, қолтаңба (Дата, время написания протокола, подпись)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы операция кезеңінің картасы

Карта операционного периода при проведении сердечно-сосудистых операций

Қан тобы (Группа крови) _____

20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Ұюы (Свертываемость) _____

Қан ағу ұзақтығы (Длительность кровотечения) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) _____

Сыркатнаманың № (История болезни №) _____ Шұғыл (экстренный) ия,
жоқ (да, нет) _____

Протротромб индексі (Индекс протротромбиновый) _____

Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Салмағы (Вес) _____

Бойы (Рост) _____ Тістері (Зубы) _____

Тромбоциттер (Тромбоциты) _____

Операцияға дейінгі диагнозы _____ Болжанған операция

(Диагноз до операции) (Предполагаемая операция)

Науқастың операция алдындағы жағдайы

Состояние больного перед операцией

Артериялық қысымы (Артериальное давление) _____ Веналық қысымы (Венозное давление) _____

Тамыр соғуы (Пульс) _____

Жүрек (Сердце) _____

ЭКГ _____

Рентген _____

Қан (Кровь): Гемоглобин _____ Эритроциттер (Эритроциты) _____

Лейкоциттер (Лейкоциты) _____ ЭШЖ (СОЭ) _____

Өкпе (Легкие) _____ O₂ тұтыну (Потребление O₂) _____

Оң жақ өкпеқап (Плевра справа) _____ сол жақ (слева) _____

Ентігудің пайда болуы (Одышка возникает при) _____

Негізгі заталмасу (Основной обмен) _____ Қандағы билирубин (Билирубин крови) _____

Қандағы қант (Сахар крови) _____

Бауыр (Печень) _____ Несеп (Мочевина) _____

Қалдық азот (Остаточный азот) _____ Белок _____

Бүйректер (Почки) _____ Несеп талдауы (Анализ мочи) _____

Диурез _____ Гормондық терапия (Гормональная терапия) _____

Аллергия _____ Бұрынғы наркоздар (Предыдущие наркозы) _____

Толықтыру (Дополнение) _____

Бітелуге, ЖҚ-на төзу мүмкіндігі (Возможная переносимость окклюзии, ИК) _____

Операция мен анестезия қаупі (Риск операции и анестезии) _____

Өңештегі (Температура в пищеводе)	температура
Тік ішектегі (в прямой кишке)	
Басқарылмалы (Управляемое дыхание)	тыныс алу
Есірткі заттар л/мин О 2 мен газдар Эфир (Наркотические вещества и газы) азот тотығы (закись азота)	
Бұлшық ет (Мышечный релаксант)	релаксанты
Қарашық (Зрачок)	
Негізгі есірткі Наркоз (Глубина наркоза (клинич.))	(Основной наркотик) (клинич.)
Қан шығыны Наркоз (Глубина наркоза (Электроэнцефалография))	(Кровопотеря) (Электроэнцефалография)
Интубация техникасы (Техника интубации)	Операция (Этап операции)
Емдеу –іс-шаралары (Лечебные мероприятия)	Қан құю (Переливание крови в мл)

Қорытынды диагноз (Окончательный диагноз) _____

Жасалған операция (Произведенная операция) _____

Ауырсынуды басу (Обезболивание) _____

Анестезиологтар (Т.А.Ә. (болған жағдайда)) (Анестезиологи (Ф.И.О. (при наличии))) _____

Хирургтар (Т.А.Ә. (болған жағдайда)) (Хирурги (Ф.И.О. (при наличии))) _____

Наркоз аппаратының типі (Тип наркозного аппарата) _____

Операция үстеліндегі орналасуы (Положение на операционном столе) _____

Операция кезінде наукастың функцияларын басқару
(Управление функциями больного по ходу операции)
Тыныс алуды басқару (Управление дыханием) _____

Бұлшық ет релаксанттарының шығыны (Расход мышечных релаксантов) _____

Жасанды қанайналым (Искусственное кровообращение) _____

Басқарулы гипотония: әдісі (Управляемая гипотония: метод) _____

Гипотермия _____

Наркоз бен операция кезіндегі асқынулар – емдеу іс-шаралары
Осложнения по ходу наркоза и операции – лечебные мероприятия
Интубацияға әрекеттену саны (Число попыток интубации) _____

Венесекция, катетерлеу (Венесекция, катетеризация) _____

Бұлшық ет жыпылықтауы (Фибрилляции до) _____
_____ дейін

Тоқтауы (Остановка) _____

АҚ төмендеуі (Снижение АД до) _____ дейін, на _____
мин.

Шок _____

Қан шығыны (Кровопотеря) _____ Қан құю (Переливание
крови) _____

Басқа сұйықтар бітелуге дейін, ЖҚ (др. жидкостей до окклюзии, ИК) _____

кейін (после) _____ Қайталу (Возврат) _____ Жеңілдету (Разгрузка) _____

Диурез _____

Операция кезінде арнайы әдістер көмегімен бақылау

Наблюдение с помощью специальных методов по ходу операции

ЭКГ _____

гемодинамика _____

Электроэнцефалограмма _____

Белсенді салқындату қарқыны (Темп охлаждения активного) _____

_____ селқос (пассивного) _____

ЖҚ, бітелудің ұзақтығы (Длительность окклюзии, ИК) _____

Қатар ЖҚ (Параллельного ИК) _____

Қалпына келу кезеңі (Восстановительный период) _____

Белсенді жылыту тәсілі мен қарқыны (Темп и способ активного согревания) _____

Анестезиологтың ескертуі

Замечания анестезиолога

Анестезиологтың қолы (Подпись анестезиолога) _____

Анестезист мейіргер (Медсестра анестезистка) _____

Наркотиктер (Наркотики): _____

Кардиоплегия: құрамы (Кардиоплегия: состав) _____

Тәсілі (Способ) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Патологоанатомиялық зерттеу № _____

Протокол (карта)

патологоанатомического исследования

20 ___ жылғы (года) " ___ " _____ күні

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы (Адрес организации, составившего протокол):

Республика (облыс, өлке) (Республика (область, край)) _____

Аудан (қала) (Район (город)) _____

Аурухана (больница) _____ Бөлімше (отделение) _____

Науқас картасының (Карта больного) № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии): _____

2. Жынысы Е. Ә. (Пол М. Ж.) _____ 3. Туған күні (Дата рождения): _____

4. ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

5. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства): _____

6. Кәсібі (зейнетке дейін) (Профессия (до пенсии)): _____

7. Ауруханаға әкелінді (Доставлен в больницу): _____
сағаттан (күннен) кейін

сырқаты басталғаннан соң (часов (дней) после начала заболевания)

8. Өткізілген (Проведено) _____ төсек-күн (койко - дней)

9. Қайтыс болған күні (Дата смерти): _____

жылы, айы, күні, сағаты (год, мес, число, час)

10. Мәйітті ашу күні мен уақыты (Дата и время вскрытия): _____

жылы, күні, айы (год, мес., число, час)

11. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач): _____

12. Мәйітті ашуға қатысқандар (Присутствовали на вскрытии): _____

Кодтар (Коды): _____

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации): _____

14. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

15. Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні (Клинические диагнозы

в стационаре и даты их установления): _____

16. Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні (Заключительный клинический диагноз

и дата его установления)

Негізгі ауру (Основное заболевание): _____

Негізгі аурудың асқынуы (Осложнение основного заболевания) _____

Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания): _____

Қайтыс болу себебі (Причина смерти): _____

17. Клиникалық –зертханалық зерттеулер нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований): _____

18. Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынуы, қосалқы аурулары)

(Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)): _____

19. Клиникалық диагностикалау қателері (керекті астын сызыңыз, жазыңыз) (Ошибки клинической

диагностики (нужное подчеркнуть, вписать))

Негізгі ауруы бойынша диагноздың айырмашылықтары (Расхождение диагнозов по основному заболеванию) _____

Кеш диагностикалау (Запоздалая диагностика)

негізгі ауруының (основного заболевания) _____

асқынулары бойынша (по осложнениям) _____

қайтыс болуға әкелген асқынуының (смертельного осложнения) _____

қосалқы аурулары бойынша (по сопутствующим заболеваниям) _____

Диагноз айырмашылықтарының себептері

Причины расхождения диагнозов

Диагностикадағы объективті қиындықтар Объективная трудность диагностики	Аз уақыт болуы Кратковременное пребывания	Наукастың толық қаралмауы Недообследование больного	Қарау деректерін асыра бағалау Переоценка данных обследования	Аурудың сиректігі Редкость заболевания	Диагнозының дұрыс ресімделмеуі Неправильное оформление диагноза
--	--	--	--	---	--

20. Қайтыс болу себептері (Причина смерти) № _____ қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте

мынадай жазбалар жасалған (во врачебном свидетельстве о смерти № _____ сделана следующая запись)

Кодтар (Коды) _____

1.

1) _____

2) _____

3) _____

Патологиялық зерттеуге тілімдер алынды (Взято кусочков для патологического исследования):

Блоктар дайындалды (Изготовлено блоков): _____

Басқа зерттеу әдістеріне материал алынды (Взят материал для других методов исследования):

Бір данада толтырылады. Сызбалар мен фотосуреттер қоса беріледі (Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются)

Гистологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты гистологического исследования):

Қосымша _____ парак
(Приложение на ___ листах)

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша) (Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько)) _____

Конференцияда талқылану күні (Дата обсуждения на конференции) _____

Патологоанатомның тегі _____

_____ (Ф.И.О. (при наличии) патологоанатома) қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Бүйрек трансплантаты бар науқастың картасы

Карта больного с почечным трансплантатом

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
больного) _____

_____ Туған күні (Дата рождения) _____

_____ Жынысы (Пол) _____

_____ Диагноз _____

_____ Диализдер саны (Количество диализов) _____

_____ Операция күні (Дата операции) _____

_____ Жылы ишемия кезеңі (Период тепловой ишемии) _____

_____ Консервация түрі (Вид консервации) _____

_____ Қол ишемия кезеңі (Период ручной ишемии) _____

_____ Алдыңғы антиденелер % (% предшествующих антител) _____

_____ Қан тобы (Группа крови) реципиенттің (реципиента) _____

_____ донордың (донора) _____

_____ НИА реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

Иммуносупрессия түрі (Вид иммуносупрессии) _____

О/к диализ (саны) (П/о диализ (число)) _____

О/к асқынулар, олардың түрі (послеоперационные осложнения, их вид) _____

Трансплантаттың алыну себебі (Причина удаления трансплантата) _____

Трансплантат қойылған адамның қайтыс болу себебі (Причина смерти больного с трансплантатом)

Шығарылған күні (Дата выписки) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

**Мейіргерлік күту ауруханасының стационарлық науқасының
медициналық картасы**

**Медицинская карта стационарного больного больницы сестринского
ухода**

№ _____

Түскен күні (Дата поступления) " " _____ 20 ____ жылғы (года)

Түскен уақыты (Время поступления) _____ сағат (часов) _____ минут

Шыққан күні (Дата выписки) " " _____ 20 ____ жылғы (года)

Шыққан уақыты (Время выписки) _____ сағат (часов) _____ минут

Өткізген төсек-күндері (Проведено койко дней): _____

Тасымалдау түрі: зембілмен, қол арбамен, өз аяғымен (керекті астын сызыңыз)
) (Виды

транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (нужное подчеркнуть))

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Науқас (Больной) _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес): облыс (область) _____ аудан (район) _____

елді мекен (населенный пункт) _____

көшесі (улица) _____ үй (дом) _____ корпус

пәтер (квартира) _____ телефон _____

Жұмыс орны, кәсібі, лауазымы (Место работы, профессия, должность) _____

Қамсыздандыру полисінің (страхового полиса) № _____
Қамсыздандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании)

Мекенжайы бойынша медициналық ұйым (Медицинская организация по месту жительства) _____

Науқасты кім жолдады (Кем направлен больной) _____

Негізгі сырқаты (Основное заболевание) _____

Бәсекелес сырқаты (Конкурирующее заболевание) _____

Негізгі сырқатының асқынуы (Осложнения основного заболевания) _____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

Аллергиялық серпілістері (Аллергические реакции на):
дәрілерге (лекарства) _____

тамақөнімдеріне (пищевые продукты) _____

басқа (другое) _____

Ерекше белгілер (Особые отметки) _____

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О.

(при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)/

(Ф.И.О.) (при наличии)

1. Жалпы жағдайы

Общее состояние

Дене құрылыс типі: астениялық, гиперстениялық, нормастениялық (Тип телосложения:

астенический, гиперстенический, нормостенический) _____

Бойы (Рост) _____ см.

Дене салмағы: қалыпты, артық, төмендеген (Масса тела (вес): нормальная, избыточная,

пониженная) _____ кг.

Дене температурасы (Температура тела) _____

Жалпы күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Общее положение: активное, пассивное,

вынужденное) _____

Төсектегі күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное) _____

Мәжбүрлік қалыпқа келуі: отырғанда, жатқанда, бір жамбастап жатқанда және тағы басқа
(Принятие вынужденного положения: сидя, лежа, на боку и так далее) _____

Тері қабаты мен көрнекі жылбысқы қабықтары: түсі, созылғыштығы, ылғалдылығы, бөртпелер, тыртықтар (Кожные покровы и видимые слизистые: окраска, эластичность, влажность, высыпания, рубцы) _____

Әлеуметтік статусы: (Социальный статус) _____

Баспана - тұрмыс шарттары (Жилищно-бытовые условия) _____

Отбасы жағдайы (Семейное положение) _____

Араласу ортасы (Круг общения) _____

Материалдық қамтылуы (Материальная обеспеченность) _____

Еңбекпен қамтылуы (Трудообеспеченность) _____

Демалуы, демалысы, мүдделері (Досуг, отдых, интересы) _____

Әлеуметтік демеу (Социальная поддержка) _____

Зерделік сұраныстары (Интеллектуальные запросы) _____

Психозмоциялық статусы (Психозмоциональный статус): _____

Санасының күйі (Состояние сознания) _____

Сыртқы түрі, мінез - құлық нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны

қабылдауының адекваттығы, зердесі (Внешний вид, нравственные нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память) _____

ауруханада болуына реакциясы (реакция на пребывание в больнице) _____

Өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы: жеке қауіпсіздігін бақылауы, қысылтаяң жағдайлардан бой

тартуы немесе оларды шешуі, дене жылуын сақтауы, кеңістік пен уақытта бағдар ұстауы

(Самоконтроль жизнеобеспечения: контроль личной безопасности, избежание и разрешение

критических ситуаций, поддержание температуры тела, ориентация в пространстве и времени)

Еңбекке қабілеттілігі: осы сырқатқа байланысты сақталған, төмендеген, уақытша жоғалтқан, мүлде

жоғалтқан, басқа себептер (Трудоспособность: сохранена, снижена, временно утрачена, стойко

утрачена в связи с данным заболеванием, другие причины) _____

Орындайтын жұмысы: мүдделілігі, өнімділігі, қарқыны (Выполняемая работа: интерес,

продуктивность, темп) _____

Ұйқысы мен демалуы: жеткілікті, жеткіліксіз, ұйықтататын заттарды қабылдауы (Сон и отдых:

достаточно, недостаточно, прием снотворных средств) _____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

Зиянды әдеттері (Вредные привычки) _____

Ішімдіктер пайдалануы (Употребление алкоголя) _____

Өндірістік зияндылықтар (Производственные вредности) _____

Босанулар, жүктіліктер, аборттар, асқынулар саны (Число родов, беременностей, аборттов, осложнений)_____

Секстік қанағаттануы (Сексуальная удовлетворенность)_____

Сөйлеуінің бұзылуы (Расстройства разговорной речи)_____

Естуінің бұзылуы (Расстройства слуха)_____

Көруінің бұзылуы (Расстройства зрения)_____

Тыныс алуы: мұрын арқылы, ауыз арқылы, трахеостома арқылы, еркін, ауырлаған (Дыхание: через нос, через рот, через трахеостому, свободное, затрудненное)_____

Тыныс алу жиілігі, тереңдігі, ырғағы; тыныс алу типі: кеудемен, ішімен, аралас (Частота, глубина, ритм дыхания, тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный)_____

Тыныс алуының бұзылулары: еңтігу, жөтел, қан түкіру, кеуде клеткасындағы ауырсынулар (Нарушение дыхания: одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке)_____

Жөтел: құрғақ, ылғалды, қақырықпен, қан аралас (Кашель: сухой, влажный, с мокротой, с примесью

крови) _____

Оттегіне мұқтаждығы: орталықтандыралған, оттегі жастығымен (Потребность в кислороде:

централизованная, в кислородной подушке) _____

Қан айналу жүйесі: ентігу, булығы, жүрек қағуы, жүрек маңының ауырсынуы (Система

кровообращения: одышка, удушье, сердцебиение, боль в области сердца) _____

Артериялық қан қысымы: жұмыстық, жоғарылаған, төмендеген (Артериальное давление: рабочее,

повышенное, пониженное) _____

_____ мм с.б. (мм рт.ст.)

Тамыр соғуы: ырғағы, жиілігі, кернеуі, толуы (Пульс: ритм, частота, напряжение, наполнение)

Тәбеті: мөлшерлі, жоғарылаған, төмендеген (Аппетит: умеренный, повышенный, пониженный) _____

Тілі: құрғақ, ылғалды, жағындымен - ақ, сары (Язык: сухой, влажный, с налетом – белым, желтым) _____

Тіс протездерінің болуы (Наличие зубных протезов) _____

Күнделікті рационы мен тамақтану режимі: диета шектеулі, кеңейтілген (Повседневный рацион и режим питания: ограничения, расширение диеты) _____

Тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при приеме пищи: полная, частичная, нет) _____

Тамақтануының бұзылу себептері: дәм сезбеуі, аузынан шірік иісі шығуы, кекіру, өңеш қыжылдауы, құсуы, жүрек айнуы, ауырсынуы, басқалар (Причины расстройства приема пищи: потеря вкуса, гнилостный запах изо рта, отрыжка, изжога, срыгивание, тошнота, рвота, боли, другое) _____

Бауыр мен өт шығару жолдары (Печень и желчевыводящие пути)_____

Диабет қосарлануы: қантты, қантсыз, жоқ (Сопутствует ли диабет: сахарный, несахарный, нет)_____

Ішек: жел толуы, іш қатуы, іш өтуі (Кишечник: метеоризм, запоры, поносы)_____

Диета сақтау туралы кеңес (Совет по поводу соблюдения диеты)_____

Несеп шығару жүйесінің жағдайы (Состояние мочевыделительной системы)_____

Сұйықтықтар тұтыну мөлшері: шектеулі, шектеусіз, жеткілікті, жеткіліксіз (Количество потребления жидкости: ограничено, не ограничено, достаточно, недостаточно)_____

Су балансы: тұтынған көлем/шыққан көлем (Водный баланс: потребленное количество/выделенное количество) __мл.

Ісінулер болуы (Наличие отеков) _____

2. Физиологиялық жеңілденулері

Физиологические отправления

Физиологиялық жеңілденулерінің барысында: дискомфорт, ауырсынуы, басқалар

(Физиологические отправления сопровождаются: дискомфортом, болями, другое) _____

Қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного

опорожнения мочевого пузыря) _____

Несеп сипаты: қанықтығы, түсі, иісі, қан, ылайлық болуы (Характер мочи: концентрация, цвет,

запах, наличие мути, кровь) _____

Дизуриялық бұзылулар: ишурия, поллакиурия, странгурия (Дизурические расстройства: ишурия,

поллакиурия, странгурия) _____

Кіші дәреті: өздігінен, еркінен тыс, қуықты катетерлеу көмегімен (Мочеиспускание:

самостоятельное, непроизвольное, при помощи катетеризации мочевого пузыря)_____

Зәр айдатқы заттарды қабылдауы (Применение мочегонных средств)_____

Цистостома болуы (Наличие цистостомы)_____

Кіші дәрет алуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ

(Зависимость от посторонней помощи при мочеиспускании: полная, частичная,

нет)_____

Ішектің өздігінен босауының тәуелділік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного

опорожнения кишечника)_____

Нәжіс сипаты: консистенциясы, түсі, қан, жылбысқы болуы (Характер кала: консистенция, цвет,

наличие слизи, крови)_____

Іш қатуы, өтуі (Запоры, поносы)_____

Іш босатуы: өздігінен, еркінен тыс, тазалау клизмасы көмегімен (Дефекация: самостоятельная,

непроизвольная, при помощи очистительной

клизмы)_____

Ішті жүргізетін заттарды қабылдауы (Применение слабительных средств)_____

Колостома болуы (Наличие колостомы)_____

Іш босатуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость

от посторонней помощи при дефекации: полная, частичная, нет)_____

Басқа бұзылулар (Другие расстройства)_____

3. Қозғалу белсенділігі

Двигательная активность

Тірек-қозғалыс аппаратының жағдайы (Состояние опорно-двигательного аппарата)_____

Қозғалу белсенділігі: физкультура және спортпен айналасуы, таза ауада болуы, тұрмыстағы қозғалыстары (Двигательная активность: занятия физкультурой и спортом, пребывание на свежем воздухе, движения в быту)_____

Бұлшық ет тонусы: қанағаттанарлық, жоғарылаған, төмендеген (Мышечный тонус: удовлетворительный, повышенный, пониженный)_____

Буындар жағдайы: конфигурациясы, деформация, ісінушілік, қызаруы, ауырсынуы (Состояние суставов: конфигурация, деформация, припухлость, покраснение, болезненность)_____

Буындар қозғалғыштығының дәрежесі: толық, шектелген, қозғалыс болмауы (анкилоз) (Степень подвижности суставов: полная, ограниченная, отсутствие подвижности (анкилоз))_____

Тұрмыста, қозғалғанда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при движении, в быту: полная, частичная, нет)_____

Жеке бас гигиенасы ережелерін сақтауда басқалардың көмегіне тәуелділігі:
толық, жарым-

жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при соблюдении
правил личной гигиены:

полная, частичная, нет) _____

Ауыз қуысын күтуі (Уход за полостью рта) _____

Көзін, құлағын күтуі (Уход за глазами, ушами) _____

Тері қабатын, шаштарын күтуі (Уход за кожей, волосами) _____

Тұрмыста, қозғалу кезінде көмекші құралдарды пайдалануы: арба, балдақ,
таяқ, ортопедиялық аяқ

киім және т.б. (Использование вспомогательных приспособлений при
движении, в быту: коляска,

костыли, трость, ортопедическая обувь и т.д.) _____

Ойық жаралар пайда болу қаупі (Norton шкаласы бойынша) (Риск
образования пролежней (по шкале

Norton) _____

Ойық жаралар пайда болу себептері: қозғалысы шектелуі, қозғалысы жоқтығы (Причины образования пролежней: ограничение подвижности, отсутствие подвижности) _____

Қозғалу белсенділігі төмендеу, болмау кездерінде пайда болуы мүмкін асқынулар: ойық жаралар, педикулез, тоқырау пневмониясы және тағы басқа. (Возможные осложнения при снижении, отсутствии двигательной активности: пролежни, педикулез, застойная пневмония и так далее) _____

Мейіргер ұйғарымы
Сестринское заключение

1. _____

2. _____

3. _____

Жұмыс жоспары

План работы

Дәрігер тағайындалымдарының орындалуы (Выполнение врачебных назначений)_____

Дәрі тарату және оны қабылдауын бақылау (Раздача лекарств и контроль их приема)_____

Инъекциялар мен вена арқылы құйылымдардың орындалуы (Выполнение инъекций, внутривенных вливаний)_____

Дене температурасын өлшеу (Измерение температуры тела)_____

Манипуляциялар мен процедуралар: қышалар, банкілер, қыздырғыштар, клизмалар және т. б.

(Манипуляции и процедуры: горчичники, банки, грелки, компрессы, клизмы и т.д.)_____

Клиникалық талдауларды жинау (Сбор клинических анализов)_____

Тамақтану, физиологиялық жеңілденулер, жуыну кездерінде ауыр науқастарға көмек көрсету

(Оказание помощи тяжелобольным при приеме пищи, физиологических отправлениях, во время

туалета) _____

Емдік тамақтану ережелерін сақтау (Соблюдение лечебного питания)_____

Палаталарда санитарлық-гигиеналық режимдерді ұстау

(Поддержание санитарно-гигиенического режима в палатах)

Іш киімдер мен төсек-орындарды ауыстыру (Смена нательного и постельного белья)_____

Ойық жаралардың алдын алу (Профилактика пролежней)_____

Медициналық құжаттарды жүргізу (Ведение медицинской документации)_____

Санитарлық-ағарту жұмысы (Санитарно-просветительская работа) _____

Басқа манипуляциялар мен процедуралар (Другие манипуляции и процедуры)

Мейіргерлік күтім жоспары План сестринского ухода

Күні Дата	Мейіргерлік күтім с и п а т ы Характер сестринского ухода	Мейіргерлік күтім мақсаты Цель сестринского у х о д а	Орындалу әдісі Способ исполнения	Орындалуы Исполнение	Орындалу нәтижесінің б а ғ а с ы Оценка результата исполнения
1	2	3	4	5	6

Мейіргердің қолы (Подпись медсестры) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) /
Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) /
Ф.И.О. (при наличии)

Стационарлық наукастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного форма
Пациенттің Т.А.Ә (болған жағдайда)
./Ф.И.О.(при его наличии) пациента:

Туған күні 20 ж. " ____ " _____ /
Дата рождения " ____ " ____ 20 ____ года

Рет бағалау парағы/РЕТ оценочный лист

Өткізу күні/Дата проведения: 20 ж. " _____ " _____ / " _____ " _____
20__ г.

СНМК № /№ МКСБ _____

Салмағы/Вес: _____ Бойы/ Рост: _____ Жасы/Возраст: _____
BSA

(m²): _____ BW(L): _____

Түнгі құю/Ночной залив: ерітінді/ р-р _____ Бөгеліс уақыты/
Время

задержки: _____

Құю көлемі/ Объем залива: _____ Құйылыс көлемі/Объем слива: _____

РЕТ құю: ерітінді/ р-р _____ Құюды бастау/Начало залива: _____
_____ құюды

аяқтау/окончание залива: _____

Құю көлемі/Объем залива: _____ Құйылыс көлемі/ Объем слива: _____

_____ Ультрасүзгілеу/Ультрафильтрация: _____

Құйылыс ұзақтығы/Длительность слива: _____

Қан/ Кровь	Креатинин/Креатинин мкмоль/л)	(Несепнәр/Мочевина ммоль/л)	(Глюкоза/Глюкоза ммоль/л)	(Фосфор/ Фосфор (ммоль/л)
0 минут				
1 2 0 минут				
2 4 0 минут				

Диализат	Креатинин/Креатинин мкмоль/л)	(Несепнәр/Мочевина ммоль/л)	(Глюкоза/Глюкоза ммоль/л)	(Фосфор/ Фосфор (ммоль/л)
түнгі/ ночной				
жаңа/ свежий				
0 минут				
30 минут				
60 минут				
120 минут				
180 минут				
240 минут				

Қан/Кровь	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)		
2 сағаттық қан/Кровь 2хчасовая					
Диализат	Креатинин /	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)	D/P	D/D ₀
0 сағаттық диализат/Диализат 0 часовой			0 сағаттық/0 часовой		
2 сағаттық диализат/Диализат двухчасовой			2 сағаттық/двухчасовой		
4 сағаттық диализат/Диализат четырехчасовой			4 сағаттық/четырёхчасовой		

Түзету факторы (ТФ)
 $T\Phi/\Phi K = \frac{\text{креатининнің жаңа ерітіндісі/креатинин свеж р-р} + \text{глюкозаның жаңа ерітіндісі/глюкоза свеж р-р}}{T\Phi/\Phi K}$

Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)
2 сағаттық қан/ кровь 2х часовая
 $\frac{\text{Креатинин}^*}{\text{Креатинин}} \text{ (---)} (-)$
 $\frac{\text{Глюкоза}}{\text{Глюкоза}} = (\text{---}) \times T\Phi/\Phi K = \text{---}$
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин = ---

Диализат
0 сағаттық креатинин/0 часовой
 $\frac{\text{Креатинин}^*}{\text{Креатинин}} \text{ (---)} (-)$
 $\frac{\text{Глюкоза}}{\text{Глюкоза}} = (\text{---}) \times T\Phi/\Phi K = \text{---}$
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин = ---

2 сағаттық креатинин/2хчасовой
 $\frac{\text{Креатинин}^*}{\text{Креатинин}} \text{ (---)} (-)$
 $\frac{\text{Глюкоза}}{\text{Глюкоза}} = (\text{---}) \times T\Phi/\Phi K = \text{---}$
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин = ---

4 сағаттық креатинин/4хчасовой
 $\frac{\text{Креатинин}^*}{\text{Креатинин}} \text{ (---)} (-)$
 $\frac{\text{Глюкоза}}{\text{Глюкоза}} = (\text{---}) \times T\Phi/\Phi K = \text{---}$

D/P Dialysate/Plasma Ratios

0 сағаттық D/P/ D/P на 0 часов
Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата. 0 сағаттық/0 часов
Қанның коррегирленген креатинині/Скоррегированный креатинин крови

2 сағаттық D/P/D/P на 2 часа
Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата. 2 сағаттық/2 часов
Қанның коррегирленген креатинині/Скоррегированный креатинин крови

4 сағаттық D/P/D/P на 4 часа
Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата. 4 сағаттық/4 часов
Қанның коррегирленген креатинині/Скоррегированный креатинин крови

D/D₀
 $\frac{\text{Глюкоза 2 сағаттық}}{\text{Глюкоза 2хчасов}} = \text{---}$
 $\frac{\text{Глюкоза 0 сағаттық}}{\text{Глюкоза 0 часов}} = \text{---}$
 $\frac{\text{Глюкоза 4 сағаттық}}{\text{Глюкоза 4хчасов}} = \text{---}$
 $\frac{\text{Глюкоза 0 сағаттық}}{\text{Глюкоза 0 часов}} = \text{---}$

Креатинин/Креатинин

*

- өлшенген креатинин/измеренный креатинин

Конверциялау факторы/Фактор конвертации: $\frac{\text{Глюкоза}}{\text{Глюкоза}}: \text{мг/дл} = \text{ммоль/л} \times 18,$

Креатинин/Креатинин: $\text{мг/дл} = \text{мкмоль/л}$

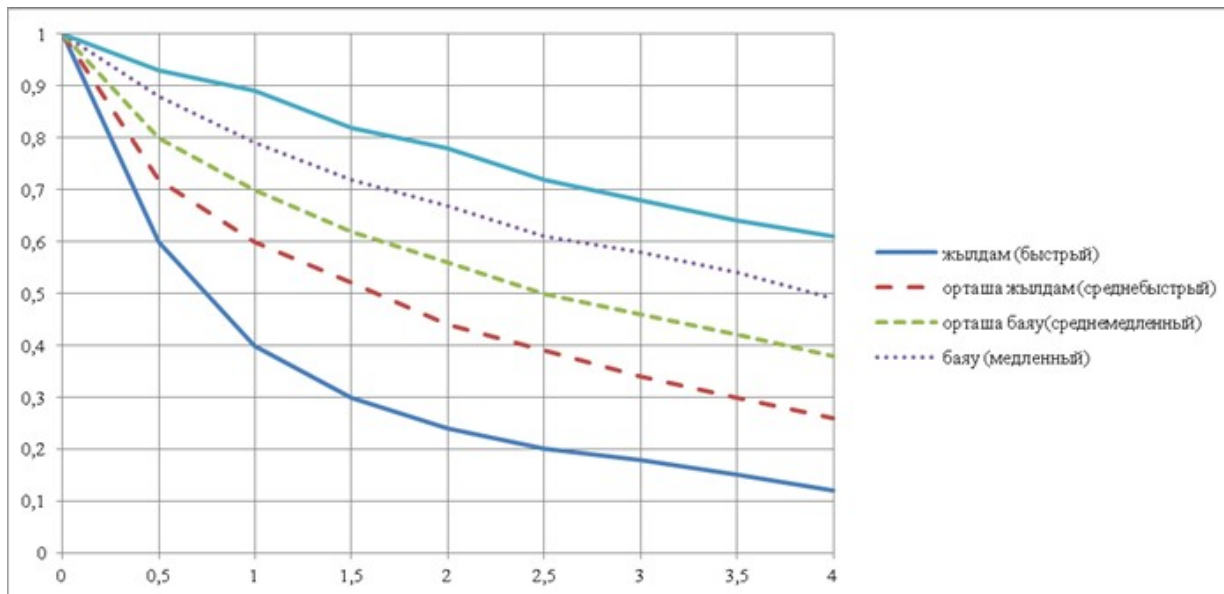
÷

88

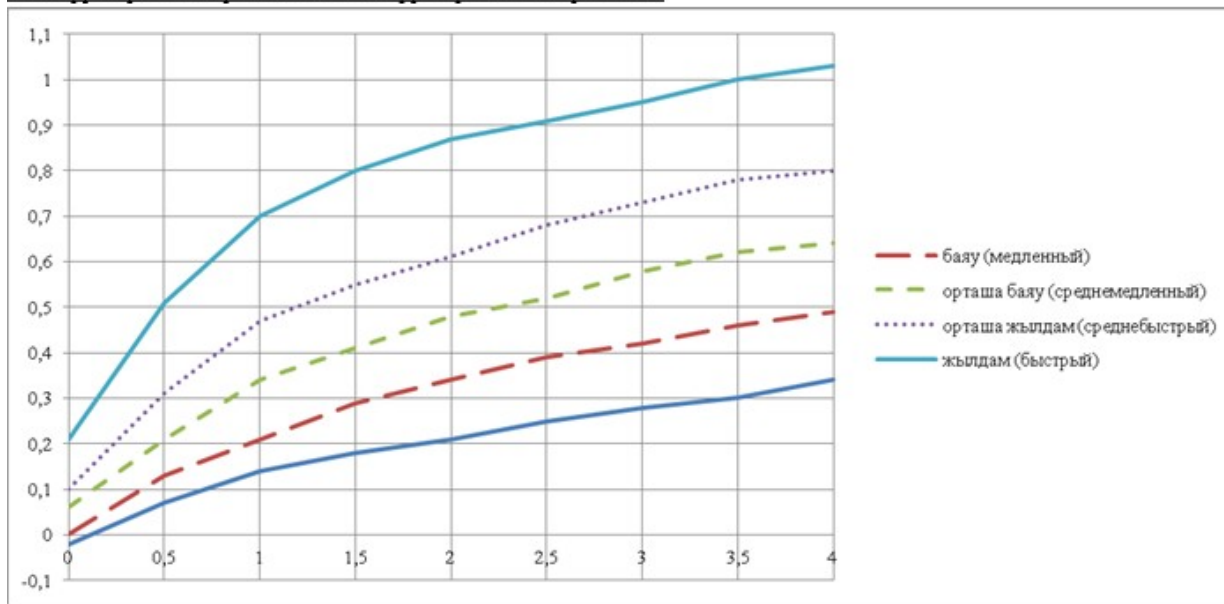
Несепнәр/Мочевина: $\text{мг/дл} = \text{ммоль/л} \times 2,82$

Глюкозаның D/D₀/

D/D₀ Глюкоза



D/P коррегирленген креатинин/D/P скоррегированный креатинин



Көліктік санат/Транспортная категория	4 сағаттық креатининнің D/P/ четырехчасовой D/P креатинина	Глюкозаның 4 сағаттық D/D ₀ / четырехчасовой D/D ₀ глюкозы
Жылдам/Быстрый	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Жылдамдығы орташа/ Среднебыстрый	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Жылдамдығы орташа баяу/ Среднемедленный	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48
Баяу/медленный	0,34 – 0,49	0,49 – 0,61

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)Ф.И.О. (при его наличии)врача: _____

Қолы/Подпись: _____ Күні/Дата: 20__ ж. "___" _____ /"___" _____
_____ 20__ ж.

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Пациенттің ./Ф.И.О.(при	Т.А.Ә его	(болған наличии)	жағдайда) пациента:
Туған күні _____/"/"___" _____г.	/Дата рождения	_____ ж.	"___"

Перитонеалдық диализдің адекваттығын бағалау парағы/

Оценочный лист адекватности перитонеального диализа

Жасы/Возраст _____ Жынысы/Пол _____ Бойы/Рост _____ см. Салмағы/
Вес _____ кг _____ г
BSA _____ м²eTBW _____ л.

ҚАН/КРОВЬ

Несепнәр/Мочевина ммоль/л	Креатинин/Креатинин мкмоль/л	Глюкоза/Глюкоза ммоль /л	Альбумин/Альбумин г /л

24 сағаттық несеп және диализат/Двадцатичетырехчасовая моча и диализат

	Несепнәр/Мочевина Ммоль/л	Креатинин/Креатинин Мкмоль/л	Vol in ml	Vol out ml	Net vol ml
диализат/ДИАЛИЗАТ					
несеп/МОЧА					

ПД-бағдарлама/ПД-программа:

Нәтижелер/Результаты:

modality	CCl Total Norm L/week/1.73m ²	Total KT/V	Fluid removal L	eGFR ml/min	Albumin g/dl	nPCR g/kg/day	BSA m ²	eTBW L	Transport type	4-hr CRT D/P	Age

Urea Clearance _____ L/week
 _____ L/week

Cr Clearance _____

Residual Urea Clearance _____ L/week
 _____ L/week

Residual CrCl _____

Dialysate Urea Clearance _____ L/week
 _____ L/week

Dialysate CrCl _____

Urea Generation Rate _____ mg/min
 _____ mg/min

Cr Generation Rate _____

Normalized CrCl _____ L/week/1.73m²

Өткізу күні/Дата проведения: 20 ____ ж. " ____ " ____ / " ____ " ____
 _____ 20 ____ г.

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии): _____

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте стационарного больного

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің

*

Қосымша парағы

Вкладной лист

учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях

*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество(при его наличии))_____

Р/с № п/п	№ Күні Дата	Зерттеу түрі Вид исследования	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (мЗв) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (мЗв)

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога) _____

қолы (подпись)

Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму

тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного)

больного или историю развития ребенка)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
косымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Зональдық реография

Зональная реография

20__ жылғы (года) “__” _____

Сықатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (ambulаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии))_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Диагнозы _____

Желдету:

Вентиляция:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қан жүруі:

Кровоток:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қорытынды:

Заключение:

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық наукастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (керекті астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі

Информированное согласие пациента на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент: _____

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу)/Ф.И.О.

(при наличии) пациента – полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ (туған күні, айы, жылы) (число, месяц, год рождения)

Келісім беремін (Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/ камқорыма (керекті

астын сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (нужное подчеркнуть):

тексеріліп-қарауға (обследования в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
стационарлық емдеуге (стационарного лечения в) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, камқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу,

емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я

информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о

необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша

қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті

сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім.

(Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия

медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством,

предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных

незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

_____ (медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар)(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций))):

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение

координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары,

аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің,

туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-

ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге

хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех

имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем,

аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного

гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о

злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

(Есть аллергия на): _____

_____ аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать

на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режімді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және

қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін (а также сокрытие информации о состоянии

здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығымға қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы

маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан

бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения

непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на

изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с

последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану

мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін (Я даю

добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с

целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсаулық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың

нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую

информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и

лечения, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О.(при наличии) лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Родство/отношение к пациенту)	Телефон

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда

аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық

манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю

разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических

манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным

телефонам): ИӘ (ДА) /ЖОҚ (НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со

всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними).

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.) Уақыты (Время): __ с.(час) __ мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун /

законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (Ф.И.О.): _____ Туыстық жақындығы (Степень родства): _

Дәрігер (Врач): _____ / ____/201 ж. (г.) __ с. (час) __ мин.

Тегі (фамилия)

қолы (подпись) мерзімі (дата) уақыты (время)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

АПД картасы/ Карта АПД	Пациенттің Т.А.Ә./Ф.И.О. пациента: _____ Туған күні/Дата рождения 20 ____ ж/ " ____ " ____ / " ____ " ____ ____ г
---------------------------	---

СНМК № /№ МКСБ _____ Диагноз/Диагноз: _____

Айы/Месяц: _____ 20__ жыл/20__ год		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Дианил_ тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	5,0															
	2,27%	5,0															
	3,86%	5,0															
Физионил_ тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0															
	2,27%	2,0															
Экстранил		2,0															
Нутринил		2,0															
АПД циклдарының саны/Количество циклов АПД																	
АПД жалпы уақыты/Общее время АПД																	
Жалпы қию көлемі/Общий объём залива																	
АПД-ны экспозициялау уақыты/Время экспозиции АПД (1 цикл/ 1 цикл)																	
АПД-дағы бір жолғы құйылыс көлемі/Объём разового залива на АПД																	
Бір жолғы күндізгі құйылым көлемі/Объём разового дневного залива																	
Бастапқы дренаждау көлемі/Объём начального дренирования																	
АПД-дағы УК/УФ на АПД																	
Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылым)/Общая УФ (АПД+дневной залив)																	
АПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после АПД (құйылған диализатсыз/без залитого диализата)																	
АД/АД	қосар алдында/перед подключением (кеш/ вечер)																
	сөндірілгеннен кейін/ после отключения (таң/утро)																
Таңғы несептің жалпы көлемі/Общий объём мочи на утро (өткен тәулік үшін/за предыдущие сутки)																	
	Қолы/Подпись м/ с																

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Физиотерапия бөлімшесінде (Бөлмесінде) емделуші науқастың картасы

Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (Кабинете)

Стационарлық (амбул.) науқастың картасының (Карта стационарного (амбулаторного) больного) №

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы: ер, әйел (Пол: мужской, женский) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Науқас қай бөлімшеден (бөлмеден) жіберілді (Из какого отделения (кабинета) направлен больной)

Диагнозы _____

науқас физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді, керекті астын сызыңыз.

(нужное подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания) _____

Өмір анамнезі (Анамнез жизни)

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (керекті астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (нужное подчеркнуть)	Күні	Емшараның атауы	Саны	Ұзақтығы	Мөлшері
	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (керегін астын сызыңыз) (Место

проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (нужное подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды

лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные))

Эпикриз:

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердің к о л ы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы

Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский, (нужное подчеркнуть)

4.Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) _____

5.Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК) _____

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

8.Функциялық сынамалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктегенге дейін До нагрузки				Жүктегеннен кейін После нагрузки					
	Тамыр Пульс	соғуы	АҚҚ АД	Тыныс Дыхание	алуы	Тамыр Пульс	соғуы	АҚҚ АД	Тыныс Дыхание	алуы
1	2		3		4		5		6	7

9. Антропометриялық деректері

*
(Антропометрические данные
*
)

Күні Дата	Б о й ы Рост		Салмағы Вес	К е у д е Окружность грудной клетки				Ш е ң б е р і Спирометрия	Динамометрия қолмен ручная	
	Тұрғанда Стоя	Отырғанда Сидя		дем алғанда вдох	дем шығарғанда выдох	аралықта пауза	экскурсия		о ң правая	сол левая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе: кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі.
Динамометрия,

буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких.

Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

К ү н і Дата	Б у ы н Сустав	Қ о з ғ а л ы с Объем движений	к ө л е м і
1	2	3	

11. Емдік дене шынықтыру дәрігерінің тағайындалымдары (Назначения врача
Лечебная физическая культура)

12. Емдік дене шынықтыру нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора
Лечебная
физическая культура) _____

Емдік дене шынықтыру емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет
результатов процедур
Лечебная физическая культура)

Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий	
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК) _____

ЕДШ

Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

Тағайындалымдар (Назначения): _____

Дәрігер (Врач): _____

Қанның жалпы талдауы/Общий анализ крови																						
Қанның биохимиялық талдауы / Биохимический анализ крови																						

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі

Плазмаферез картасы

Карта плазмафереза

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жыл (год) " _____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез курсына көрсетім бар (с целью

иммунокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на проведение операции

получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия ((Инфузионно-трансфузионная терапия)

Гепариндеу (Гепаринизация) _____

Операцияның хаттамасы Протокол операции

№									
Күні (Дата)									
Эксфузия мл/кг									
Эритроциттік (Реинфузия эритроцитной массы)	массасын			реинфузия					
Плазма (Плазмазамещение)				алмастыру					
Артериялық (Артериальное давление)	қан			қысымы					
Жүрек (Частота сердечных сокращений)	жиырылуының			жиілігі					
Орталық (Центральное венозное давление)	көктамыр			қосымы					
Бас (Черепное давление)	сүйек			қысымы					
PO2									
Дене қызуы									
Асқынулар (Осложнения)									

Қосымша орындалды (Дополнительно выполнено): _____

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл)
за курс _____

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение) _____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі плазманы сүзгілеу картасы

Карта плазмофльтрации Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№ _____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол) _____,

Салмағы (вес) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы: _____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия):

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено):_

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

ОВҚ (ЦВД) _____; АҚҚ (АД) _____; ЖЖС(ЧСС) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Не істелді (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейіргер (Операционная медсестра) _____

Стационарлық наукастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі

(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі) картасы

карта (ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) "_____" _____ күні (дата)

Наукастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО)) курсына

көрсетім бар (С целью иммуннокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс УФОК (ЛОК))

қан нөмірі (крови номер) _____. Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие)

пациента (ки) на проведение операции получено)

Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) _____
_____ минуты (секунды)

Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):

Қуаты (Мощность) _____ Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина
волны) _____

Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови):
қуаты (мощность) 8

Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы: Протокол операции фотомодификации крови:

Күні (Дата), №																				
Г е п а р и н д е у Гепаринизация																				
О п е р а ц и я н ы ң Начало операции																				
О п е р а ц и я н ы ң Конец операции																				
Т а м ы р ғ а Сосудистый доступ																				
Аппарат																				
Н а у қ а с т ы ң Состояние больного																				
АКҚ (АД)																				
Тамыр соғысы (Пульс)																				
Асқынулары (Осложнения)																				

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во время операции
дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы

Карта учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты ((болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при
наличии) _____

Сыркатнама № (№ истории болезни) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ бастап (по) _____

__ 20__ жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) _____

Асқыну (Осложнение) _____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын
кабылдаған емі және оның

тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования,
принятое ранее лечение

и его эффективность)

4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Емдеудің нәтижелері айтарлықтай жақсарды, жақсарды, өзгеріссіз, нашарлады) (Результаты лечения:

значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение) _____

Дәрігер (Врач) _____

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация, наблюдающая больного

01. ЖСН/ИНН _____

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер)

03. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____ әкесінің аты/
 отчество _____

04. Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____ (кк/аа/жжжж)/(дд/
 мм/гггг) 05.

Жынысы/Пол:

ер/мужской;

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

қызметші/служащий;

жұмысшы/рабочий;

ауыл

шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер/пенсионер;

оқушы/учащийся;

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо,

занятое индивидуальным трудом;

дін қызметкері/служитель культа;

жұмыссыз/безработный;

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/почтовый индекс

_____, обл. _____, аудан/р-он _____
_____, елді

мекен/населенный пункт _____, көше/улица _____
_____, үй/дом

№ _____, пәтер/кв. № _____, тел. _____

09. Тұрғын/Житель:

қалалық/города;

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

ҰОСҚ/УВОВ;

ҰОСМ/ИВОВ;

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

жоқ/нет;

I топ/гр.;

II топ/гр.;

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз _____

_____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ

шифры/шифр МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/
число _____ айы/месяц

_____ жылы/год _____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения
гемодиализом в данном

учреждении:

күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения
лечения гемодиализом в

данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения
лечения гемодиализом:

трансплантация

жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в
другое отделение гемодиализа;

көшу/выезд;

қайтыс болу/смерть

өзге/прочее

01. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

Әкесінің аты/отчество(болған жағдайда/при наличии) _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: _____ / _____ / _____ кк/ аа/ жжжж (дд
/ мм / гггг)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) _____ :

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) _____ :

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низко
поточный, высоко

поточный

Көлемі/размер _____ м2, өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

ОУФ (ИУФ);

УФ

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

А-V фистула;

протез;

катетер (уақытша,

тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

гепарин;

клексан;

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____ БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

жалпы (общая);

мөлшерлі (дозированная);

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____мл/мин. Диализат ағынының

жылдамдығы/Скорость потока диализата _____мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.) ГД тиімді уақыты/Эффективное

время ГД _____ сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	1 сағат (час)	2 сағат (час)	3 сағат (час)	4 сағат (час)	ГД кейін/после ГД
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Өлшем бірлігі (Ед. из.)	С а н ы (Количество)

16. Техникалық асқынулар/Технические осложнения

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) лечащего врача:

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) медсестры ГД:

Стационарлық науқастың
мединальк картасының
косымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

ГБО сеанстарын есепке алу картасы

карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) _____

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) _____

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ершелектері) (Эпикриз (эффективность, исход, особенности ГБО)) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

02 улану (02 Интоксикация) _____

Дәрігер (Врач) _____

Меңгеруші (Заведующий) _____

Сеанс Күні Дата	№	№	сеанса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Р е ж і м і Режим															
ГБО сеансының Длительность сеанса ГБО			ұзақтығы												
Науқастың Состояние больного			жағдайы												
АҚ АД															
РЗ ЧД															
Тамыр соғу Частота пульса			жиілігі												

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның картасы

Карта экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____

_____ мл

Гепариндеу (Гепаринизация) _____; НЭХО (NaClO) _____

_____ температурада криопреципитаттау (криопреципитация при температуре)

20__ жылдан (года) " ____ " _____ бастап (с), 20__ жылға (года) " ____ " _____ дейін (по).

20__ жылғы (года) " ____ " _____ ерітілді (разморожена), супернатант преципитаттан

стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы перфузияланды (супернатант стерильно

отделен от преципитата, перфузирован через колонку с гемосорбентом)

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (Объем плазмы больного

после плазмосорбции для реинфузии) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл, АҚ көлемі (объем ЦК) _____мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

М.О. (болған жағдайда)

М.П. (при наличии)

Операциялық мейірбике (Операционная медсестра) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Эхокардиографиялық тексеру

Картасы

Карта

эхокардиографического обследования

20__жылғы (года) "____" _____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____ Дене аумағы (Поверхность тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) _____

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек. Размер полости в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый желудочек. Конечно диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) _____

Диастола көлемі (Диастолический объем) _____

Систола көлемі (Систолический объем) _____ Соғу көлемі (Ударный объем) _____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) _____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу) _____

Систола кезіндегі (В систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка) _____

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка) _____

Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота) _____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері
(Дополнительные особенности эхокардиограммы)

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):

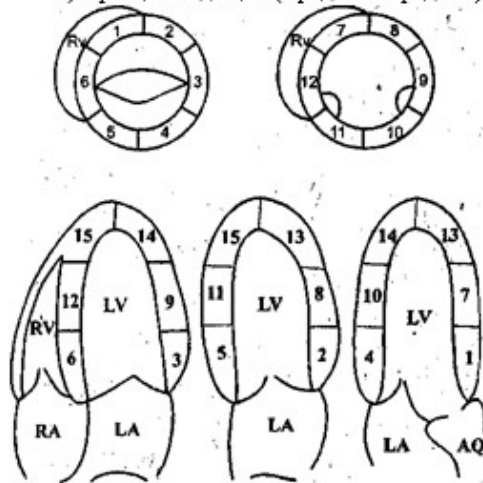
Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная

сократимость по сегментам):

- 1) Базалық алдыңғы-қалқалық
(Базальный передне-перегородочный)
- 2) Базалық алдыңғы
(Базальный передний)
- 3) Базалық алдыңғы-қапталдық
(Базальный передне-боковой)
- 4) Базалық артқы - қапталдық
(Базальный задне-боковой)
- 5) Артқы базалық (Базальный задний)
- 6) Базалық артқы-қалқалық
(Базальный задне-перегородочный)
- алдыңғы-қалқалық
(Средний передне-перегородочный)
- 8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)

- 9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық
(Средний передне - боковой)
- 10) Ортаңғы артқы - қапталдық
(Средний задне - боковой)
- 11) Ортаңғы артқы (Средний задний)
- 12) Ортаңғы артқы - қалқалық
(Средний задне - перегородочный)
- 13) Алдыңғы-ұштық (Передне - верхушечный)
- 14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой)
- 15) Ұштық артқа (Верхушечный задний)
- 16) Қалқалық-ұштық (Перегородочно - верхушечный)

7) Ортаңғы



Қорытынды (Заклучение)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

*
Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижняя стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование

предстательной железы

№ _____

20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері

Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое нужно подчеркнуть):

• түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),

• түйіндер (узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),

•

түйіндер (узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) /

қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),

Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы)

жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),

Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы) тегіс(ровная) / тегіс емес (бугристая)

Қуық безінің жоғарғы шекаралары саусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца)

қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да)/Жоқ (Нет)
Зарарсыз (Доброкачественное) : Иә (Да)/Жоқ (Нет)
Түзіліс окшауланған орын: (Локализация образований): _____
Күдікті (Сомнительное): _____
Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее)
Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____
г
Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследования): _____

Ескертулер (Замечания): _____
- -

- -



Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)

Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә./ (болған жағдайда) Ф.И.О.(при наличии) _____ ----- ----- Туған күні (Дата рождения) _____	Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері Наименование фаз и показателей гемодинамики	Қалыптылығы Размерность (секунды)	Рауаны тербелістер шегі Пределы допустимых колебаний	Іс жүзіндегі деректер Фактические данные
Жынысы (Пол)_____ Салмағы (Вес) _____ Бойы _____ (Рост) _____ Бөлімше (Отделение) _____	R - R	сек.		
Сырықатнама № (№ истории болезни) _____	АС	-"-	0,04 – 0,07	
Зерттеу күні (Дата исследования) _____	ИС	-"-	0,02 – 0,05	
-----	ПН	-"-	0,06 – 0,11	
-----	ПИ	-"-	0,21 – 0,30	
-----	So	-"-	0,29 – 0,35	
-----	Sm	-"-	0,23 – 0,34	
-----	КБ	-"-	2,5 – 4,5	
-----	ВСП	%	85-94	
-----	ИНМ	%	20-29	
-----	VI	мм сын.бағ./сек. (мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
-----	Ve	мл /сек.	200 - 500	
-----	ВИМО	сек.	15-21	
-----	Қорытынды (Заключение): ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----			

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)
қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы

Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____

Туған күні _____ жасы _____

жынысы _____

(Дата рождения) (возраст) (пол)

ЖСН/ИИН _____

Зерттелген күні _____ бөлімшесі _____

(Дата исследования) (отделение)

Сықатнама № _____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қ а н (Артериальное давление)	қ ы с ы м ы Ескертпе (Примечание)
Қ а л ы п т ы (В покое)	жағдайы		
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС x Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

_____ (Нагрузка прекращена в связи)

Қалпына келу кезеңі _____

(Период восстановления)

Қорытынды _____

(Заключение)

Дәрігер(Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Телемедициналық консультация өткізу

Хаттамасы Протокол

проведения телемедицинской консультации № _____ 20 ____

жылғы (года) " ____ " _____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН (фамилия, имя, отчество пациента, ИИН)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН _____

медициналық картасының № (№медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи направления на телемедицинскую консультацию) _____

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы/Ф.И.О. (при наличии), специальность врача подавшего заявку) _____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация врача подавшего заявку) _____

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет код (Код услуги)	Қызметтің атауы (Наименование услуги)
1	2

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация врача-консультанта) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/Ф.И.О. (при наличии), специальность врача-консультанта) _____

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки) _____

Бас тарту себептері (Причина отказа)

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской консультации) _____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта)

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ а т а у ы п/п прикрепленного документа)	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы

(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____
Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии) _____

жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің
хаттамасы (протокол

ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн
(день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20 __ жыл (год) " __
" _____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (керекті астын сызыңыз)

(Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное
подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық
көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР
соответствует, не
соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _
_____ 1 минуттағы

соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____
_____ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

Қуық (Мочевой пузырь) _____

Омыртқа (Позвоночник) _____

Аяқ-қолдары (Конечности) _____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____

_____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі аңқа

жанында (керекті астын сызыңыз)

(Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно

матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное

подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

Ұйғарым (Заключение): _____

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада
(недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии) _____
_____ қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы

(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20 __ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____
Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді (
исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии) _____

_____ жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя) _____ күн
(день)

Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар (керекті астын
сызыңыз)

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное
подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі _____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы
Мандай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі _____ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

Боковые желудочки мозга Мозжечок

Үлкен цистерна _____ Көз шарасы _____

Большая цистерна Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____ Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____ Асқазан _____

Носогубной треугольник Желудок

Омыртқа _____ Қуық _____

Позвоночник Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____ Өт қабы _____

4-камерный срез сердца Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек
оң/ сол, түбінде _____ см

ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы (керекті астын сызыңыз).

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/
слева, в дне на _____ см выше

внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, _____ мм – ге дейін кішірейген,
үлкейген (керекті астын
сызыңыз)

Толщина плаценты: _____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное
подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің
мерзіміне сәйкес/ сәйкес
емес(керекті астын сызыңыз)

Структура плаценты _____. Степень зрелости соответствует/не
соответствует (нужное
подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (керекті астын
сызыңыз)

(Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (
нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ сантиметров

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____
сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады (керекті астын сызыңыз)

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (керекті астын сызыңыз)

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заклучение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ қолы _____

Ф.И.О. врача (при наличии)

подпись

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

ӨаЭФЗ -өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу

Хаттамасы

Протокол

ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования №__

Күні (Дата) " ____ " _____ 20__ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Дене салмағы (Масса тела)
_____ кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, денгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС:

длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая) _____
__В,

қалыпты (рабочая) _____ в, эл-дтің қойылу тереңдігі (глубина
установки эл-да) _____ см.

--	--	--	--

	Қалыпты, мс Норма, мс	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады	
			атропин мг.	атропин мг + обзидан мг
Ж Ж Ж 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
Ж О Ц ССЦ. мс				
1. Синус торабының функциясы Функция синусового узла ВВФСУ, мс	до 1400			
С Т Ф Қ К Т У КВВФСУ, мс	до 525			
2. Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				
В-А, мс				
Тахикардия "терезесі" "Окно" тахикардии				
Токтату ӨаЭС Купирующая ЧпЭС				

4. ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы ӨаЭС жиілігі Частота ЧпЭС в 1 минуту	АКҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание	
		Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема			
			мг/с	мг/с		мг/с
100						
110						
120						

Реография

20__ жылғы (года) “__” _____
Сықатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

QREL _____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____ RR _____

Баяу Е (Е медл) _____ ИНМ _____

Е макс. _____ Ag|Fd _____

Шығарылу Е (Е изгн). _____ УО _____

_____ Pg

_____ МОК

Қорытынды:

Заключение:

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Спирография

*

20__ жыл " _____ " _____

Амбулаториялық картаның № /№ _____ амбулаторной карты

Мединалық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) /Фамилия, имя,отчество (при наличии) _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ) _____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффо индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффо: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік препараттар (Принятые пациентом

медикаментозные препараты за 24 часа до обследования)

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование беременной

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жағдайы (Положение) _____

Алдында жатқан (Предлежит) _____

Позициясы (Позиция) _____ БПР _____

_____ мм _____ апта (недель)

Кеудесі (Грудь) _____ мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости) _____

_____ мм.

Саны (Бедро) _____ мм

_____ апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг) _____

Жүрегі (Сердце) _____

Бауыры (Печень) _____

Іш қуысы (Брюшная полость) _____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода _____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода) _____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты) _____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на) _____ см. ая
(лоно), ішкі аңқа

деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____
_____ см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты) _____

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод) _____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации): _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (_____
Подпись) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Ультрадыбыстық тексеру (жатыр, жатыр мойыны, аналық без)

Ультразвуковое исследование (матки, шейки матки, яичника)

№ _____ 20__ жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении отклонена): артқа, алдыға, оңға,
солға (кзади, кпереди, вправо, влево) _____

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие, ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина) _____ мм, алғы-арқы (передне-задний) _____ мм,

көлденеңі (ширина) _____ мм

Жатырдың құрылымы (Структура матки) _____

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована) _____

М-эхо _____ мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла) _____

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген (среднее, снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм, алғы-артқы (передне-задний) _____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм
Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____ мм, құрылымы (структура) _____

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____ мм, құрылымы (структура) _____

Ерекшеліктері (Особенности) _____

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись): _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Қуықты ультрадыбыстық зертеу

Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

№ _____

20__ жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный _____

Зертеу деректері

Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Орналасуы (Положение) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки) _____ см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер, зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және оның ағыны) ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№ _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество(при наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ (Жынысы) Пол _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____ см қалыңдығы

(толщина) _____ см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

Бауырдың контуры (Контур печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Бауырші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные протоки)_____

Қақпақша тамыр (Портальная вена)_____

2.Өтқалтасы (Желчный пузырь)_____

Пішіні (Форма)_____Өлшемдері (Размеры)_____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря)_____

Қаптың қуысында (В полости
пузыря)_____

Жалпы өт жолы
(Общий желчный проток)_____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки)___ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела)__(N0,6 –
1,6), құйрығы

(хвост)___(N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контурсы железа)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток)_____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена)_____

Оның диаметрі (Ее диаметр)_____

4. Көкбауыр (Селезенка)_____

Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки)_____ (N 40 ш.см. артық
емес(не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контурсы (Контур селезенки)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

5. Бүйректер (Почки) _____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Гостакшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Гостакшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник) _____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны (Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары (Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ) _____

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігер (Врач) _ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество(при его наличии))

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий) _____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоехогенді (Структура внутренней части:

гиперэхогенная, гипоехогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоехогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоехогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Сол жақ бөлігі (Левая доля)

Қорытынды (Заключение)

Дәрігер (Врач)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Фонокардиограмма
№ _____

Тегі, аты, әкесінің аты
(болған жағдайда) /
Фамилия, имя, отчество(при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

Бойы (Рост) _____

20__ жылға (года) " _____
" _____

Бөлімше (Отделение) _____

зерттеу күні (дата исследования) _____

Учаскесі № (Участок№) _____

Сыратнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной карты) _____

Диагнозы (диагноз) _____

а р т қ ы
оборотная сторона

б е т і

З е р т т е у

н ә т и :

Результаты исследования

Q – I дыбыс (тон): _____

I дыбыс (тон): _____

II дыбыс (тон): _____

III дыбыс (тон): _____

Ашылу тырсылы (Щелчок открытия) _____

Митраль какпақшасы (митрального клапана): _____

Перикардиалдық дыбыс (Перикардиальный тон): _____

Басқа дыбыстар (Другие тоны): _____

Ш у ы л д а р Шумы	Нысаны Форма	Ұ за қ т ы ғ ы Продолжительность	Эпицентр	Амплитуда	Жиіліктігі Частотность	Дыбыс Сигнал
Систолалық Систолический						
Диастолалық Диастолический						
Систоло-диастолалық Систоло-диастолический						
Перикард үйкелісі Трения перикарда						
Басқа шуылдар Другие шумы						

----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил) Т.А.Ә., қолы (Ф.И.О., подпись) _____
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	Фонокардиограмма бойынша қорытынды (Заключение по фонокардиограмме) № _____
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	Дәрігер (Врач) _____
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу

Функциональное исследование периферических сосудов

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20___ жылғы (года) "___" _____

1. Реография

	Амплитуда		Индекс		Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедрa					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2. Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

	АГП	Көтеру уақыты Время подъема	
		оң правый	сол левый
Балтырдың Н/з голени	т/з		
Балтырдың В/з голени	ж/з		
Санның Ср/з бедра	о/з		
Білектің Н/з предплечья	т/з		
Білектің В/з предплечья	ж/з		
Иықтың Ср/з плеча	о/з		

3. Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар

пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма

капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при
наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Ұлты (Национальность) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____

Бойы (Рост) _____

АҚҚ (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес) _____

Бөлімше, учаске (Отделение, участок) _____

Сырақатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или
амбулаторной

карты) _____

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Диагнозы _____

P – Q = сек.

Q R S = сек.

QRST (Q – T) = сек.

R – R = сек.

RI : RII:RIII=

RaVF:SaVF=

ЖСС (ЧСС)=

Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов): _____

Қорытынды (Заключение): _____

Ырғақ (Ритм) _____

ЖЭО (ЭОС) _____

Гипертрофия _____

Коронарлық патология (Коронарная патология) _____

Блокадалар (Блокады) _____

Басқа өзгерістер (Другие изменения) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись) _____

Электрэнцефалография

20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Жасы (Возраст) _____ ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

Фотостимуляция _____

Гипервентиляция _____

III қарынша (III желудочек): ені (ширина) _____

мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М –
жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды (Заключение) _____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) _____

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии) и подпись
врача)

Примечание

*

: при необходимости использовать вкладные листы

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

**Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының
картасы**

(керектісінің астын сызыңыз)

Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы),

стационара на дому (нужное подчеркнуть)

(призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 99.

12. Бекітілген МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления)

13. Осы ауру салдарынан биылғы жылы күндізгі стационарға жатуы (Проходил лечение в дневном

стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап

(повторно) – 2

14. Хирургиялық операциялар (Хирургические операции)	АХЖ-9 коды (код МКБ-9)	Өткізу мерзімі мен уақыты (Дата и время проведения)

15. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) ____ / ____ / ____
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

16. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения (смерти)) ____
/ ____ / ____
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

17. Өткізген күндері (Проведено дней) _____

18. МЭХ (МЭП) № _____

19. Диагностикалық зерттеулер

Диагностические исследования

Тағайындалды (астын сызыңыз) Назначено (подчеркнуть)	Орындалды (күні, қолы) Выполнено (дата, подпись)
---	---

ЭКГ _____

Эндоскопиялық зерттеу _____

(Эндоскопическое исследование) _____

Ультрадыбыстық зерттеу _____

(Ультразвуковое исследование)

Ro – скопия (графия) _____

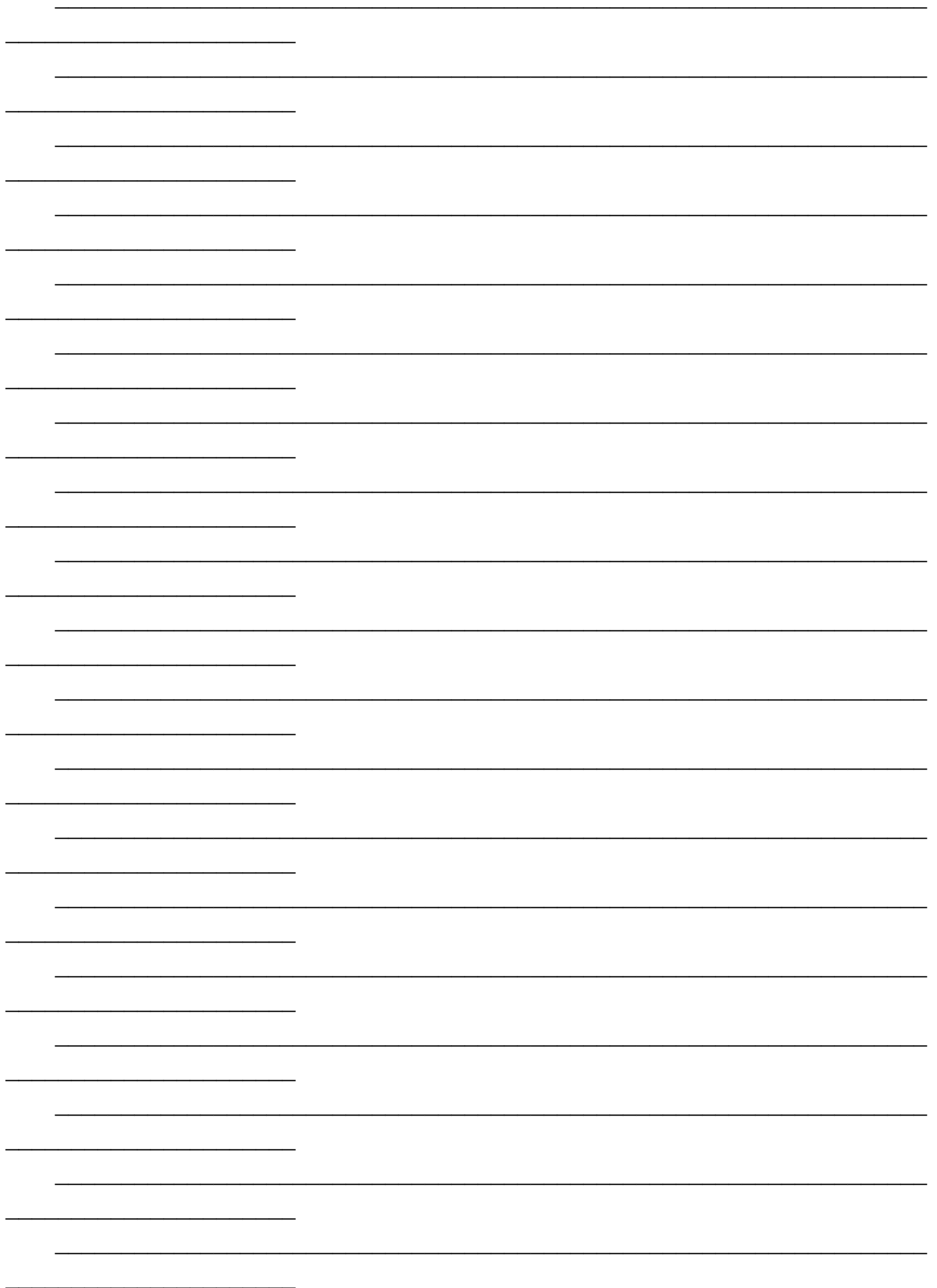
Зерханалық зерттеулер _____

(Лабораторные исследования)

Шағымы (Жалобы) _____

Қысқаша сыртартпасы (Краткий анамнез) _____

Объективті статусы (Объективный статус)



Тағайындалымдардың орындалуы мен бақылау күнделігі **Дневник
наблюдения и выполнения назначений**

Тағайындалымдар Назначения	Орындалу күні (Дата выполнения)	Қолы (Подпись)
1. Емдеуші дәрігердің тексеріп-қарауы (Осмотр лечащего врача)		
2. Учаскелік мейіргердің тағайындалымдарын орындауы (Выполнение назначений участковой медсестрой)		
3. Мамандардың Консультации специалистов		

18.	Диагнозы	АХЖ - 10 (код по МКБ10)	коды
Қорытынды клиникалық диагнозы Клинический диагноз			
Патологоанатомиялық Патологоанатомический диагноз			

19. Уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (Листок временной нетрудоспособности)

(с) _____ бастап (по) _____
дейін

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) –

2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) – 5, стационарға

ауыстыру (қай стационарға екенін көрсету) перевод в стационар (указать какой)

20 __ жыл (год) " ____ " ____ Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Күндізгі стационардағы (емханадағы, ауруханадағы) науқастарды есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____
басталды (начат) аяқталды (окончен)

Р / с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер с а н ы Количество дней лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности
6	7	8	9	10

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Үйдегі стационар науқастарын есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета больных стационара на дому

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат)
20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

Р / с № п/п	Т А Ә ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен жайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер с а н ы Количество дней лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности
6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 4-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау міндетін атқарушының министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 021/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Республикалық деңгейде мамандандырылған
консультациялық-диагностикалық көмек алуға жолдама Направление на
получение специализированной консультативно-диагностической
помощи на республиканском уровне**

Жолдама нөмірі (Номер направления)

|
|

—
|
|

—

жылы (год)

Жіберген медициналық ұйымның атауы (Наименование)

направляющей медицинской организации) _____

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ Әкесінің

аты (болған

жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Туған жылы (Год рождения)

|
|

—
|
|

—
|
|

—
|
|

—
|
|

Күні (Дата)

|
|

—
|
|

—
|
|

Айы (Месяц)

|
|

—
|
|

—
|
|

Жынысы (Пол)

|
|

е (м)

1
1
э
1
1

(ж)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ ИИН _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

Жұмыс, үй телефоны (Рабочий, домашний телефон) _____

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) _____

Жіберген кездегі диагнозы (Диагноз при направлении)

Негізгі (Основной) АХЖ-10 диагноз коды (код диагноза МКБ 10)

Қосалқы (Сопутствующий) АХЖ-10 диагноз коды (код диагноза МКБ 10) _____

Күні (Дата) _____

Жіберу мақсаты/Цель направления: Республикалық деңгейде мамандандырылған консультациялық-

диагностикалық көмек көрсету (на специализированную консультативно-диагностическую помощь

республиканского уровня)

Жіберген медициналық ұйымның басшысы / Руководитель направляющей медицинской организации

_____/_____

_____/_____

(қолы) (подпись)

(Т.А.Ә.) (Ф.И.О.)

Мөр орны

(Место печати)

(болған жағдайда при его наличии)

№

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/
Отчество (при его
наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ / 3. Жынысы (Пол):
ер (муж) -1, әйел
(жен)-2

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

4. Рост _____, вес _____ Баланың туған кездегі салмағы (Масса
ребенка при
рождении) _____ г, бойы (рост) _____ см (1-жасқа дейінгі балаларға
толтырылады
(заполняется на детей до 1 года))

5. Ұлты (Национальность) _____ 6. Тұрғыны (Житель): қаланың
(города) – 1,
ауылдың (села) – 2

7. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет)

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі _____

(Регистрационный медицинский номер)

10. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства):
область _____, ауданы (район) _____,
елді мекені

(населенный пункт) _____, көшесі (улица) _____,
үйінің (дом) №
_____, пәтерінің (кв.) № _____, тел. _____

11. ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус):

- қызметкер (служащий),

- жұмыскер

(рабочий),

- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

-

зейнеткер (пенсионер),

- оқушы (учащийся),

- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка),

-

жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом),

- табынушы

(служитель культа),

- жұмыссыз (безработный),

- басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): Ұлы отан соғысының мүгедегі – болған

жағдайда (бұдан әрі – ҰОСМ) (инвалид Великой Отечественной войны - при наличии (далее

ИВОВ) – 1, Ұлы отан соғысының қатысушы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСҚ) (участник

Великой Отечественной войны - при наличии (далее - (УВОВ) – 2, интернационалист-

жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы

бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, радиация әсерін алған тұлғалар (лица,

подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7,

әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар

(переселенцы) – 10, басқалар (прочие) – 11.

14. Пациент жолданды (Пациент направлен):

БМСК(ПМСП)-1, ДЕЕК (КДП)-2, өзі қаралды (обратился самостоятельно)-3, жедел жәрдемнен

(скорой помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан

(военкоматом)-6(керекті астын сызыңыз)

(нужное подчеркнуть).

15. Жолдаған медициналық ұйымның болған жағдайда (бұдан әрі –МҰ)

коды мен атауы:

(Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО)):

16. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____ АХЖ-10
коды (код МКБ-10)

17. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық, мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік (керекті астын сызыңыз)

Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная,

производственная (нужное подчеркнуть)

18. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название

медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

19. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 – шұғыл

түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала

заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7-24 часов), 4 –

шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

20. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по

поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

21. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы

емізетін анамен (бар/жоқ)/госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с

кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет)

22. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении):

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
)

23. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации) _____ /
_____/ _____
_____/ _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

24. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки (смерти)) _____ / _____ / _____ / _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

25. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

26. Бөлімше (Отделение): _____ Код

атауы (наименование)

27. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код

28. Реанимацияда болдыма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ (нет) күндері
(дней) _____

--	--	--	--	--

29.	Диагноз	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)	АХЖ-10 бойынша айқындау коды(уточняющий код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1. 2.	
А с қ ы н у л а р ы Осложнения			
Г л е с п е л і а у р у Сопутствующее заболевание 1	1		
Г л е с п е л і а у р у Сопутствующее заболевание 2	2		
Патологоанатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти			

30. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

31. Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні ____ / ____ / ____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

32. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

33 Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану

(Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) иә

(да)-1, жоқ (нет)-2;

34. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы

(Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового

лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда

толтырады)(заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды К о д медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	С а н ы Количество
1	2	3	4	5	6

35. RW-ғатексеру (Обследован на: RW)

оң (положительно) теріс

(отрицательно)

АИТВинфекция (ВИЧ-инфекцию)

оң (положительно)

теріс (отрицательно)

36. Қан компоненттерін құю (Переливание компонентов крови) иә (да)____, жоқ (нет)_____

37. Трансфузиялардың кері салдары (неблагоприятные последствия трансфузий): иә (да), жоқ (нет)

38.Қантобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____

39. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК)

(республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК)

(республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные),

ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие)(керекті астын

сызыңыз)(нужное подчеркнуть)

40. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и

медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылғандәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

41. Пайдаланған донорлық қан, оның компоненттері мен препараттарының парағы (Лист использованной донорской крови, ее компонентов и препаратов)

№	Код	Донорлық қан компоненттерінің атауы (наименование компонентов донорской крови)	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество
		Эритроцит бар ортаның барлық түрлері (эритроцитсодержащие среды всех видов)	Мөлшері (доза)	
		Плазманың барлық түрлері (плазма всех видов)	Мөлшері (доза)	
		Криопреципитат (криопреципитат)	Мөлшері (доза)	
		Тромбоциттік концентрат (тромбоцитный концентрат)	Мөлшері (доза)	
		Қанның басқа жасушалары (другие клетки крови)	Мөлшері (доза)	
		Қанның препараттары (альбумин) (препараты крови (альбумин))	Мөлшері (доза)	

Қысқартулар/Сокращение: КШТ - клиникалық-шығынды топтар (КЗГ – клинико-затратная

группы);

ММК – мамандандырылған медициналық көмек (СМП – специализированная медицинская

помощь);

ЖММК – жоғары мамандандырылған медициналық көмек (ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь);

42. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның атауы мен коды Название и кодоперации	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: экстренная, плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеопера ционное осложнение	Арнаулы аппаратура (к о д ы) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің к о д ы Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент
__/__/__ : __						хирург
Код						ассистент

43. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания):шықты (выписан) – 1,

ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер)–3, өздігінен кетуі (самовольный уход) - 4

44. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения):сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен

(улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу

(смерть) – 5

45. Дәрігер (Врач):Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

46. Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением)Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

Стационардан шыққан
пациенттің картасы
066/е нысанына
№ 1 қосымша парақ
Вкладной лист№1
к форме 066/у карте выбывшего
из стационара

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациенттің картасы

Карта пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы

ЖКС (ОКС): жоқ (нет) ____

иә (да) ____



ST көтеруімен

с подъемом ST



ST көтерусіз

без подъема ST

№ _____, картаны толтыру күні (дата заполнения карты) / __ / __ / _____ /

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации,

определенный

Бюро госпитализации)

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении) ____

3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) ____ кг, Бойы (Рост) ____ см (пациента)

ДСИ

(ИМТ) _____

5. Ұлты (Национальность) _____ 6. Тұрғын (Житель): қала (города) – 1, ауыл

(села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да), 2 – жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство) _____

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер)

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): облыс

(область) _____, аудан (район) _____, елді-мекен

(населенный пункт) _____, көше (улица) _____, Үй № (№ дома) _____,

пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 – жұмыскер

(рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 –

зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 –

жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель

культы), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2,

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид

детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам

(лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к

УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс

аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел

жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау

органдары-9, ҰЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим

стационаром-5, военкоматом- 6, прочие-7, судебные органы-8, правоохранительными

органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____ АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название

медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспары (плановая), 2 - ауру басталғаннан

бастап алғашқы 6 сағатта шұғыл (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 – 7

24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - 24 сағаттан кейін шұғыл

(экстренная после 24 часов).

19. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу

данного заболевания): 1- алғашқы (впервые) 2 - екінші рет (повторно)

20. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы _____

21. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

22.

ST көтеруімен ЖКС Орналасуы

(ОКС с подъемом ST Локализация):

алдыңғы (передний)

төменгі (нижний)

қапталық (латеральный)

оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

белгісіз (неопределенная)

23.

ST көтерусіз ЖКС Орналасуы
(ОКС без подъема ST Локализация):

алдыңғы (передний)

төменгі (нижний)

қапталық (латеральный)

оң жақ қарынша (ОҚ)

белгісіз (неопределенная)

24. ЭКГ жасалған күні және уақыты (Дата и время проведения ЭКГ) _____ / _____ / _____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы)

25. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____ / _____ / _____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

26 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара) +)

Жоқ (нет)

Иә (да)

аймақтындыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации)

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

Б-аймағы (зона Б) (100 км артық) (более 100 км) _____

27. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____ / _____ / _____

_____ / _____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

28. Дата и время выписки(перевода) из стационара) _____ / _____ / _____ _____ / _____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

29. Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) Время от индексного

события (начала симптомов ишемии) уақыты (время) (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.)

_____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

30. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну)/ Ввремя

обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) кк/аа (дд/мм/) _____ сағат

(час.) _____ мин. _____ (дд/мм/) _____ час. _____ мин. _____ (сигналдық карта

бойынша қабылданған қоңыраудың уақыты/ время принятого вызова по сигнальной карте)

31. Мед. персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с

медицинским персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин. _____

32. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

үйде (дома)

жұмыста (на работе)

қоғамдың орында (в общественном месте)

басқа (др.)

33. Келу орны (Место прибытия):

қабылдау бөлімі (приемный покой),

РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай) ОРиИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

АКГ-зертханасы (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП) АКГ-лаборатория (минуя приемное отделение, ОРиИТ/БИТ/ПИТ)

басқа (др.)

34. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия

(Артериальная гипертензия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

жоқ (нет)

иә (да) (диетотерапия, пероральды терапия, инсулинотерапия)

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

жоқ (нет)

иә (да) (кейде, үнемі)

(иногда, постоянно)

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы

(Избыточная масса тела)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Төмен физикалық белсенділік (Низкая физическая активность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (Случаи внезапной смерти в семье)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

35. Бұрын болған кардиалық сыртартқы (Предшествующий кардиальный анамнез)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұрақты стенокардия шырыққан

Стабильная стенокардия напряжения

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұрақсыз стенокардия

Нестабильная стенокардия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД /СРТ (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ (нет)

белгісіз (неизвестно)

иә (да) (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

36. Ілеспелі кардиалық патология (Сопутствующая некардиальная патология)
МҚЖБ (ОНМК)

жоқ (нет)

иә (да)

(1-геморрагиялық инсульт, 2- ми инфаргі) (1 - геморрагический инсульт, 2 -
инфаркт мозга)

белгісіз (неизвестно)

Бүйрек функциясының созылмалы ауруы (БСА)

Хроническая болезнь почек (ХБП)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

Онкологические заболевания последние 5 лет

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АІЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ӨСОА (ХОБЛ)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз

(неизвестно)

Сыртартқысы анамнез

Семейный анамнез

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

37. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

38. Белгілері (симптомы)

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну

(Дискомфорт/боль в грудной клетке)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Енгігу (Одышка)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүректің тоқтауы (Остановка сердца)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Әлсіздік (Слабость)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Талу (Синкопе)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Другие симптомы

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Аурудың симптомсыз ағымы

Бессимптомное течение

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно) +

39. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.)

диастолалық

(диастолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД) _____

сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

40. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

Сердечная недостаточность (СН) класс по Killip при поступлении

I,

II,

III,

IV

белгісіз (неизвестно)

41. Қан талдамасы (түскен кезде) (Анализ крови (при поступлении)

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) _____

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына) (максимальное значение) _____

МВ-КФК

жоқ (нет)

иә (да)

d - димер

жоқ (нет)

иә (да)

BNP/pro BNP

жоқ (нет)

иә (да)

Гемоглобин

жоқ (нет)

иә (да)

Гематокрит

жоқ (нет)

иә (да)

Тромбоцит

жоқ (нет)

иә (да)

Глюкоза

жоқ (нет)

иә (да)

Липидты спектр (Липидный спектр) (ХС

жоқ (нет)

иә (да), ЛПНП

жоқ (нет)

иә (да) ,

ЛПВП

жоқ (нет)

иә (да) , ТГ

жоқ (нет)

иә (да))+

Креатинин

жоқ (нет)

иә (да) _____ мкмоль/л

Креатинин шумақшалық сүзулу жылдамдығы (Скорость клубочковой фильтрации)

креатинина _____ (автоматический расчет)

Калий

жоқ (нет)

иә (да)

Магний

жоқ (нет)

иә (да)

Кальций

жоқ (нет)

иә (да)

42. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

43. ЭКГ (түскен кезде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ;

Ырғақ (Ритм)

синустық (синусовый)

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

электрокардиостимулятор ырғағы (ритм электрокардиостимулятора) (ЭКС)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

QRS

қалыпты (норма)

Гис будасы солжақ аяқшасын оқшаулау (ГБСАО) (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ))

Гис будасы оңжақ аяқшасын оқшаулау (ГБОУАО) блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

ST T

ST сегментін көтерумен(с подъемом сегмента ST)

ST сегменті көтерусіз (без подъема сегмента ST))

T ирегінің инверсиясы (инверсия зубца T)

қалыпты ЭКГ (нормальная ЭКГ)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

44. ЭхоКГ (түсу кезінде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ;

N Симпсона бойынша солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)
(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

калыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы (Наличие зон
нарушенной
локальной сократимости):

жоқ (нет)

иә (да) (

-гипокинезия,

-акинезия)

45. КТ

жоқ (нет)

иә (да);

46. МРТ

жоқ (нет)

иә (да);

47. Қауіп шкалдары (шкалы рисков):

48. GRACE ишемия қауіпінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты) (Шкала
риска

ишемии GRACE (категории риска при поступлении)

жоқ (нет) ,



иә (да)

Клиникалық себептері

Клинические признаки

Баллдар

Баллы

Жасы (жас)

Возраст (лет) <30

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80-89

>90 0

8

25

41

58

75

91

100

Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)

Частота сердечных сокращений (ударов в минуту) <50

50-69

70-89

90-109

110-149

150-199

>200 0

3

9

15

24

38

46

Систолалық артериялық қысым (ммрт.ст.)

Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.) <80

80-99

100-119
120-139
140-159
160-199
>200 58

53
43
34
24
10
0

Сарысу креатинин деңгейі (мкмоль/л)

Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л) 0-35.3

35-70

71-105

106-140

141-176

177-353

>354 1

4

7

10

13

21

28

Жүрек функциясының жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)

Класс сердечной недостаточности

(по классификации Killip) I

II

III

IV 0

20

39

59

Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)

Остановка сердца (на момент поступления пациента) Иә (да) 39

ST сегментінің девиациясы

Девиация сегмента ST Иә (да) 28

Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы

Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов

Иә (да) 14

Баллдар саны (Количество баллов) _____

GRACE электрондық калькулятор (Электронный калькулятор GRACE)

<http://www.outcomes.org/grace>

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық

класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

Электронный калькулятор GRACE 2 (используется при отсутствии данных об уровне

креатинина и классах тяжести по Killip) <http://www.gracescore.org/WebSite/WebVersion.aspx>

Баллдардың жалпы саны (Общее количество баллов) _____

Жоғары (Высокий) >140 балл (баллов)

Орташа (Средний) 109 – 140 балл (баллов)

Төмен (Низкий) <108 балл (баллов)

Клиническая оценка риска пациентов

ST ЖКС бар пациенттер қауіпіннің стратификациясы (стратификация риска пациентов с

ОКСбп ST):

жоқ (нет),

иә (да)

Өте жоғары қауіп өлшемшарттары (критерии очень высокий риска)

жоқ (нет),

иә (да)

гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок (гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок)



Кеудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты

(рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению)



Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы (жизнеугрожаемые аритмии или

остановка сердца)



МИ механикалық асқынулары (механические осложнения ИМ)



Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті

жеткіліксіздігі (острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или

отклонением сегмента ST)



ST сегментінің немесе T ирегінің қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST

сегментінің ауыспалы элевациясымен (повторные динамические изменения сегмента ST или

зубца T, особенно с переходящей элевацией сегмента ST)

Жоғары қауіп өлшемшарттары (Критерии высокого риска)



жоқ (нет) ,



иә (да)



МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі (Подъем или

снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ)

ST сегментінің немесе T ирегiнiң динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық) (динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или асимптомные))

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140 (Сумма баллов по шкале GRACE >140)

Аралық қауіп өлшемшарттары (Критерии промежуточного риска)

жоқ (нет),

иә (да)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

Бүйрек функциясының жеткіліксіздігі (ШСЖ < 60 мл/мин/1,73 м²) (Почечная недостаточность (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²))

Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (устойчивая к медикаментозному лечению)

ОҚ ШФ < 40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі (ФВ ЛЖ < 40% или застойная сердечная недостаточность)

Ерте инфарктен кейінгі стенокардия (Ранняя постинфарктная стенокардия)

Жақында өткізілген ТКА (недавнее проведение ЧКВ)

Бұрын жасалған АКШ (предшествующее АКШ)

GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және

<140 (Сумма баллов по шкале риска GRACE >109 и <140)

Төмен қауіп өлшемшарттары (Критерии низкого риска)

жоқ (нет) ,

иә (да)

Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ,

өзгеріссіз. ЭКГ, тропонин

деңгейі жоғарламаған) Любые характеристики, не перечисленные выше (нет повторных

симптомов ишемии,

нет изменений. ЭКГ, нет повышения уровня тропонинов)

49. CRUSADE қан кету қауіп шкаласы (Шкала риска кровотечения CRUSADE)

Көрсеткіш (предиктор)

Показатель (предиктор) Мағыналар интервалы

Интервал значений Баллдар

Баллы

Бастапқы гематокрит (%)

Исходный гематокрит (%) < 31

31-33.9

34-36.9

37-39.9

≥

40 9

7

3

2

0

Креатинин клиренсі

*

Клиренс креатинина

≤

15

>15-30
>30-60
>60-90
>90-120
>120 39

35
28
17
7
0

Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)
Частота сердечных сокращений (уд/мин)

≥
70

71-80
81-90
91-100
101-110
111-120

≥
121 0

1
3
6
8
10
11

Жынысы

Пол Ер (Мужской)

Әйел (Женский) 0

8

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE электрондық):

<http://www.crusadebleedingscore.org/>

Баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____

CRUSADE қан кету қаупі (риск кровотечений CRUSADE)

□

жоқ (нет) ,

иә (да) +

51. Тромботикалық асқынулар қаупін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы

(Жүрекшелер фибрилляциясы кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений (при фибрилляции предсердий)

Баллдардың жалпы саны: _____ (баллдар қосындысы 1 және одан жоғары

болғанда инсульттің даму қаупі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет)

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 1 и более есть риск развития

инсульта (необходимо назначить антикоагулянтную терапию)

52. Емдеу (Лечение)

Атауы

Наименование Түскенге дейін қабылдады

Получал до поступления Стационарда тағайындалды және қабылдады

Назначено и получал в стационаре

Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі

(24 сағатқа дейін)

первые сутки госпитализации (до 24 часов) 24 сағаттан кеш

позже 24 часов

Ацетилсалицил қышқылы

Ацетилсалициловая кислота

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Тикагрелор

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Клопидогрел

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

*

Тромбоциттердің гликопротеин IIb/IIIa рецепторларының ингибиторлары

Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ФЕГ (гепарин)

(НФГ (гепарин))

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Фонда паринукс

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ТМГ(эноксапарин)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Бивалирудин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

β-блокаторлары
(ампулалардағы метопролол)
β-блокаторы
(метопролол в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа(другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

β-блокаторлары
β-блокаторы

(метопролол-тартрат) короткого действия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа(другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Нитроглицерин (таблеткалар

*

ампулалар, аэрозоль)

Нитроглицерин (таблетки

*

ампулы,аэрозоль)

Иә (да)

Жоқ (нет)

другое

Белгісіз (неизвестно)

басқа(другое)

Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)

Нитраты короткого действия
(мононитраты)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Аз уақыт әсер ететін ААФИ
ИАПФ короткого действия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа(другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин) Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)

БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Статиндер

Статины

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардығы Диазепам)

Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа(другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Са антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)

Антагонисты Ca (длительного действия при непереносимости b-блокаторы

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Амиодарон

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Басқа антиаритмиктер

Другие антиаритмики

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Инсулин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Қант деңгейін түсіретін препараттар

Сахароснижающие препараты

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар

*

*

Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты

*

*

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Альдостерон антагонисттері

(Спиронолактон /

*

эклеренон Антагонисты альдостерона

(Спиринолактон /

*

эклеренон

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Диуретиктер

Диуретики

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Инотроптар (

*

добутамин, левосеминдан, допамин,

*

норадреналин)

Инотропы (

*

добутамин, левосеминдан, допамин,

*

норадреналин)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Дигоксин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Кардиоверсия дефибриляция

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы (Механические устройства поддержки

кровообращения)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да) Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Impella

Внутриаортальная баллонная контрпульсация

Баска/другие

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Impella

Внутриаортальная баллонная контрпульсация

Баска/другие

Белгісіз (неизвестно)

гипотермия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ӨЖЖ

ИВЛ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

*

Препараттардың патенттелмеген атауы (Непатентованное название препаратов)

*

*

CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

*

*

*

HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

Әріп

Буква Клиникалық сипаттамасы

Клиническая характеристика Баллдар

Баллы

Н Гипертензия 1

А Бүйрек функциясының бұзылуы және

(әрбіріне 1 балл)

Нарушение функции почек и (1 балл каждое) 1+1

S Ми инфаргі

Инфаркт мозга 1

B Қан кету

Кровотечение 1

L Тұрақсыз МНО /Лабильное МНО

1

E Егде жас (>66 лет)

Пожилым возраст (>66 лет) 1

D Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)

Лекарства или алкоголь (1 балл каждое) 1+1

Баллдардың ең жоғары саны

Максимальное число баллов 9

Баллдардың жалпы саны: _____ (3 және одан жоғары баллдардың

қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау

қажет)

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 3 и более есть риск развития

кровотечения (необходимо с осторожностью назначать антикоагулянтную терапию)

52. Тромболитикалық терапия

Тромболитическая терапия

Жоқ (нет), Тромболитикалық терапияны жасамау себептері

Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

кеш жүгіну (12 сағаттан артық) (позднее обращение (более 12 часов)

қарсы көрсетімдер (противопоказания)

абсолютты (абсолютные),

салыстырмалы

(относительные)

ЭКГ өлшемшарттары жоқ (нет ЭКГ критериев)

бастапқы ТКА (первичное ЧКВ)

Иә (да),

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (время начала проведения

тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.) _____ мин. _
_____ сағат

(час) _____ мин.

тромболизистік терапия өткізу уақытының соны (время окончания проведения

тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.) _____ мин. _
_____ сағат

(час) _____ мин.

53. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі

Этап проведения тромболитической терапии

Емдеуге жатқызуға дейін (Догоспитальный)

Емдеуге жатқызу (Госпитальный)

қабылдау бөлімі (приемный покой)

ҚТП/ БИТ

(ПИТ/БИТ)

басқасы (др.)

54.

тиімсіз (неэффективная)

тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар)

(эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более,
реперфузионные аритмии

55 Препарат

а) препарат түрі (тип препарата):

фибринге тән (фибринспецифичный)

фибринге тән емес (нефибринспецифичный)

б) препарат атауы (наименование препарата):

альтеплаза (актилизе)

тенектеплаза

ретеплаза

др.

в) дозасы (доза)

толық доза (полная доза)

жарты доза (половинная доза)

58. Тромболизис асқынуының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

жоқ (нет)

иә

(да)

56. Коронароангиография.

КАГ

Иә (Да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат
(час.) _____ мин.

Атауы (название) _____

қызмет коды (код
услуги)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

57. Антитромбоцитарлы препараттар (Антитромбоцитарные препараты)

58. Тиагрелордың жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза тиагрелора)

жоқ (нет)

иә (да) +

АКГ зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

180 мг

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

62 Клопидогрелдің жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза клопидогреля)

жоқ(нет)

Иә (да) +

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

300мг

600мг

басқа (др.) _____

белгісіз (неизвестно)

59. Тромбоциттер рецепторларының IIb/IIIa гликопротеинді ингибиторлары (тромботикалық асқынулар қаупі кезінде) Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (при риске тромботических осложнений)

жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

Абциксимаб

Тирофибан

Эптифибатид

60. Антикоагулянттар (Антикоагулянты)

61.НФГ (гепарин)

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

62.НФГ+ ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

63. Фондаринукс+ НФГ

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

64.Эноксапарин

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

65.Бивалирудин

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

66. Тамырлы қол жетімдік (Сосудистый доступ):

радиалды (радиальный)

санды (бедренный)

67. Қалыпты КАГ (нормальная КАГ):

Иә (да)

жоқ (нет)

Егер жоқ болса (Если нет):

СКА дiңгегi

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

окклюзия

стеноз

≥

50%

стеноз < 50%

коронароспазм

инфарктқа тәуелді артерия/Инфаркт зависимая артерия

Интактты

Интактные

68. Көп тамырлы зақымдану (Многососудистое поражение)

2,

3

және жоғары) (и более)

белгісіз (неизвестно)

ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қанағым (Кровоток по ТІМІ в ИЗА или

симптомном сосуде):

0

1

2

3

69. Реваскуляризация әдісін таңдау (қажет болған жағдайда) Выбор метода ревазуляризации

(в случае необходимости)

70 Syntax шкаласы (Шкала Syntax) _

жоқ (нет)

иә (да)

баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____ +

71. "Жүрек тобы" консилиумды таңдау (Выбор консилиума "группа Сердце")

жоқ (нет)

иә (да)

ТАК (ЧКВ),

АКШ,

басқа (другое)

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса)

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ

<40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)



Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)



ST көтерісуіс ЖКС (ОКС без подъема ST):



Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар

ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов

заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)



Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және

GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при

клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)



Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты -140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч.

(при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109 -140 баллов)



Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған жағдайда шығу

алдында ТС бар пациенттерде төмен қауіпы және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл

кезінде) (избирательное ЧКВ (перед выпиской у больных с ИС при выявлении стресс-

индуцируемой ишемии миокарда при низком риске и баллах по шкале GRACE <108)



Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде)

(консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

72. Теріастылық коронарлық араласу (Чрескожное коронарное вмешательство)

Атауы (название) _____
_____ және

операция коды (и код операции)

73. Баллонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты (дата и время раздувания

баллона/установки стента) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____
_мин.

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала
заболевания):

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного
тромболизиса)

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ
после
успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе
ОҚ ШФ

<40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при
выявлении стресс-

индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

ST көтерусіз ЖКС (ОКС без подъема ST):

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар

ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов

заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және

GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при

клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және

GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при

клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде)

(консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

Жабыны бар стент

*

Стент с покрытием

*

Жабыны жоқ стент

*

*

Стент без покрытия

*

*

Тромб аспирациясы

Аспирация тромба

Тек баллондық ангиопластика

Только баллонная ангиопластика

Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу Измерение
Фракционного резерва
кровотока и др.

ТІМІ-ІІІ ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша
коронарлық қанағымды

қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока
по критериям

ТІМІ-ІІІ в ИЗА или симптомном сосуде) 0,1,2,3

ТІМІ-ІІІ ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша
коронарлық қанағымды

қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока
по критериям

ТІМІ-ІІІ в ИЗА или симптомном сосуде)

0,

1,

2,

3

*

Жабыны бар стенттер (Стенты с покрытием)

Қатты полимерлік жабындыда негізделген (Основанные на
ТВҰрдополимерном покрытии)

Promus element

Resolute

Xiience

Биоерітінді полимерлерде негізделген (Основанные на биорастворимых
полимерах)

Biomatrix

Nobori

Yukon Choice PC

Orsiro

Ultimaster

басқа (көрсету) другой (указать
какой)

*

*

Жабыны жоқ стент (нақтылау) (Стент без покрытия (уточнить какой) _____

Орнатылған стенттердің саны (Количество установленных стентов):

1,

2,

3

74. Стент ішіндегі рестеноз (Рестеноз внутри стента)

жоқ (нет)

иә (да) +

75. Бифуркацияларды тарту (Вовлечение бифуркаций)

жоқ (нет)

иә (да) +

76. Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану (Применение тромбоэктомических устройств):

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

77. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар (Осложнения во время КАГ, ЧКВ)

Жоқ (нет)

Иә (да)

стенд тромбозы (тромбоз стенда) +

операция алдыңғы МИ (периоперационный ИМ)

қан кету (кровотечение)

ми инсульты (мозговой инсульт)

индукцияланған нефропатия контрастысы (контраст индуцированная нефропатия)

сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома (пульсирующая гематома в области

бедренного доступа

Белгісіз (неизвестно)+

Әлім (смерть)

Белгісіз (неизвестно)

78. Ойдағыдай ТАА (Успешное ЧКВ):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

79. Толық ревааскуляризация (Полная ревааскуляризация):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

80. Стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық (более 1 процедуры во время

стационарного лечения):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

81. Аорталық-коронарлық шунттеу (аорто-коронарное шунтирование)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша

операция коды (код операции по МКБ-9)

Жоқ (нет)

Иә (Да) АҚШ бастау күні (дата начала АҚШ) _____ (кк/аа) (дд/мм/)
_____ сағат (час.) _____ мин.

шұғыл (экстренно)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

жоспарлы АҚШ (плановая АҚШ)

82. Инотропты демеу (Инотропная поддержка):

операцияға дейін (дооперационная)

операциядан кейін (послеоперационная)

83. ЖКА діңгегінің зақымдалуы

Поражение ствола ЛКА:

Иә (да)

Жоқ (нет)

84. Шунттер (Шунты):

вена

ЛГА

ПГА

басқа (др.)

85. Операциямен байланысты асқынулар (осложнения, связанные с операцией):

операциядан кейінгі МИ (периоперационный ИМ)

неврологиялық тапшылық (неврологический дефицит)

қан кету (кровотечение)

жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы (нарушение ритма и проводимости сердца)

медиастенит

төссүйек тұрақсыздығы (нестабильность грудины)

басқалар (другие)

86. Электрокардиостимуляторды имплантантау (имплантация электрокардиостимулятора)

Жоқ (нет)

Иә (Да)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша

операция коды (код операции по МКБ-9)

Уақытша ЭКС (временный ЭКС)

Бір камералық (однокамерные)

Екі камералық (двухкамерные)

Тұрақты ЭКС (постоянный ЭКС)

Бір камералық (однокамерные)

Екі камералық (двухкамерные)

басқа (другое)

87. Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау (имплантация

Кардиовертела-

дефибриллятора)

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша

операция коды (код операции по МКБ-9)

88. Кардиоресинхрондаушы құрылғыны имплантациялау (Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ))

Жоқ (нет)

Иә (да)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша

операция коды (код операции по МКБ-9)

89. Басқа операциялар (Другие операции):

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

___ АХЖ-9

бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

90. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

91. Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip)

I

II

III

IV

белгісіз (неизвестно)

Қайталанған МИ

Рецидив ИМ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

ЖФ (алғашқы рет болған)

ФП (впервые возникшая)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

ФЖ/ЖТ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

АВ блокада II-III дәр (ст.)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Механикалық асқынулар Механические осложнения

*

Иә (да)

*

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Инсульт

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Қан кету

Кровотечения

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Қан трансфузиясы

Трансфузия крови

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Төмен гемоглобин

Низкий гемоглобин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

БЖЖ

ОПН

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Басқалар

другие

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

92

*

МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар (операции при механических осложнениях ИМ)

жоқ (нет)

Иә (да)

Күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)) _____ сағат (час.) _____
_мин.

Атауы (название) _____ АХЖ-9 бойынша операция коды (код
операции по МКБ-9)

93. Шығару кезіндегі зерттеулер (Исследования при выписке)

94. Шығару кезіндегі ЭКГ

(ЭКГ при выписке):

синусты (синусовый)

ЖФ (ФП)

ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST)

өзгеріс жоқ (нет изменений)

95 Шығару кезінде ЭХоКГ +

(ЭХоКГ при выписке)

N Симпсоны бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

калыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ

(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip при выписке

)

I

II

III

IV

белгісіз (неизвестно)

96. Шығару кезіндегі стресс тест (Стресс тест при выписке):

Жоқ (нет)

Иә (да) (

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Тест нәтижесі теріс (Результат теста отрицательный)

Тест нәтижесә оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы) (Результат теста положительный

(стресс-индуц. Ишемия миокарда)

97. Басқа диагностикалық зерттеулер

(Другие диагностические исследования):

жоқ (нет)

Иә (да)

КТ (қауіп төмен көтерусіз ЖКС кезінде) (при ОКС без подъема низкого риска)

МРТ

басқа (другое)

98. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10) Инфаркт түрі

Тип инфаркта

Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз

1.

2.

Асқынулар

Осложнения

*

Ілеспелі ауру 1

Сопутствующее заболевание 1

Ілеспелі ауру 2

Сопутствующее заболевание 2

*

Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) болған кезде NYNA бойынша

функционалдық класы в случае хронической сердечной недостаточности

ХСН

(функциональный класс по NYNA)

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы (Исходы ОКС):

1.

ST көтерумен МИ (трансмуральды) (ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

үзілген ИМ (прерванный ИМ)

2.

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды) ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

3.

Н.С. басқа аурулар (другие заболевания):

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ) (тромбоэмболия ветвей

легочной артерии (ТЭЛА)

Қолқаның қабатталған аневризмасы (расслаивающая аневризма аорты)

Такотсубо кардиомиопатиясы (кардиомиопатия такотсубо)

Миокардит

басқа диагноздар (АХЖ-10 таңдау) (другие диагнозы (выбор из МКБ -10)

99. Қорытындылар (Исходы):

100. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

шығарылды (выписан),

қайтыс

болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____ (кк/аа/жж)

(дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

басқа стационарға шұыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар

(наименование МО) _____

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар

(наименование МО) _____

одан әрі амбулаториялық денгейде қаралу үшін _____ (МҰ атауы) (үйдегі актив бойынша

берілді (телефон бойынша) (на дальнейшее наблюдение на амбулаторном уровне

(наименование МО) _____ (передан актив на дому (по телефону _____)

өз еркімен кету (самовольный уход)

б)

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды ():

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)

Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти

Диагноздардын саукеспеншілігі (Расхождение диагнозов)

жоқ (нет)

Иә (да)

101. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

сауығу (выздоровление),

жақсару

(улучшение),

өзгеріссіз (без перемен),

нашарлау (ухудшение),

қайтыс болу (смерть)

102. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

103. Бөлімше (Отделение): _____

_____ Код

атауы (наименование) _____

104. Төсек бейіні (Профиль койки): _____

_____ Код

105. Кардиореанимацияда болды (Находился в кардиореанимации) (ПИТ/БИТ):

Жоқ (нет) ,

Иә (Да) күн саны (количество дней) _____

106. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____ Код

_____ Қолы (Подпись) _____

107. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____

_____ Код

_____ Қолы (Подпись) _____

Стационардан шыққан
пациенттің статистикалық
картасының қосымша парақ
Вкладной лист к
статистической карте
выбывшего из стационара

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы

Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

ишемиялық (ишемический)

геморрагиялық (геморрагический)

транзиторлық ишемиялық өршу (транзиторная ишемическая атака)

№ _____, картаны толтыру күні (дата заполнения карты) / ___ / ___ / _____ /

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации),

определенный
Бюро госпитализации)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты(болған жағдайда)
(Отчество)(при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ /
(кк/аа/жжжж)(дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении) _____

3. Жынысы (Пол):ер (муж) -1 әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) ____ кг, Бойы (Рост) ____ см (пациента)
ДСИ
(ИМТ) _____

5. Ұлты (Национальность) _____ 6.Тұрғын (Житель): қала (города) – 1, ауыл
(села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да) , 2 - жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство) _____

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): облыс

(область) _____, аудан (район) _____, елді-мекен

(населенный пункт) _____, көше (улица) _____, үй
№ (№ дома) _____,

пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі(Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 – жұмыскер

(рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 –

зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 –

жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель

культы), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы(Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2,

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид

детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам

(лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к

УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс

аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел

жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8 , құқық қорғау

органдары-9, ҰЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим

стационаром-5, военкоматом- 6,прочие-7, судебные органы-8, правоохранительными

органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

--

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы

(Диагноз направившей организации)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Пациент Д-есебінде тұрды ма (состоял ли пациент на Д учете)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

19. Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма (принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

антикоагулянтты терапия (антикоагулянтную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес

(нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

антиагрегантты терапия (антиагрегантную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес

- (нерегулярно)
- белгісіз (неизвестно)
- статиндер (статины)
- жоқ (нет)
- иә (да)
- тұрақты емес (нерегулярно)
- белгісіз

(неизвестно)

20. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации):

- 1 – жоспары (плановая),
- 2 – ауру басталғаннан бастап алғашқы 40 минутта шұғыл (экстренная в первые 40 минут от начала заболевания),
- 3 – 40 минут – 3 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 40 минут - 3 часа),
- 4 – 3 сағат – 6 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 3 часа – 6 часов),
- 5 – 7 – 24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7 - 24 час),
- 6 – 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

21. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу

данного заболевания): 1- алғашқы (впервые)

2 - екінші рет (повторно)

22. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы

23. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

Ишемиялық инсульттың кіші түрі (Подтип ишемического инсульта):

атеротромбдық (атеротромботический)

артерио-артериялық эмболиялар (артерио-артериальные эмболии)

ми тамырларының тромбоздары (тромбозы мозговых сосудов) –

кардиоэмболикалық (кардиоэмболический) –

гемодинамикалық (гемодинамический) –

куыстық (лакунарный)

гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша (по типу гемореологической микроокклюзии)

24. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____
/ _____ / _____

_____ / _____

(кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

25 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

қала ішінде (внутри города)

аймақтындыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации)

қала ішінде (внутри города)

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

Б-аймағы (зона Б) (100 км жоғары) (более 100 км) _____

26. МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты (индекстік жағдайдан бастап) уақыты __сағат __мин

Время первых симптомов ОНМК (от индексного события) время _____ час _____ мин

27. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну) (кк/аа/)

_____ сағат _____ мин _____

время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/) _____ час.

_____ мин _____

28. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с

мед.персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин. _____

29. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

үйде (дома)

жұмыста (на работе)

қоғамдың орында (в общественном месте)

басқа (др.)

30. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия (Артериальная гипертензия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қан аурулары (Заболевания крови)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Ірі тамырлардың тарылу өзгерістері

(Стенозирующие изменения магистральных сосудов)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары

(Случаи внезапной смерти в семье)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Гормондық алмастыру терапиясы (Гормональная заместительная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүктілік (Беременность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Контрацептивтер (Контрацептивы)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

31. Бұрын болған жүрек-тамарлы сыртартқы (Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез)

Бұрын болған инсульт диагнозы

Предшествующий диагноз инсульта

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүректің ишемиялық ауруы

Ишемическая болезнь сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА

АКШ/ЧКВ

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ (нет)

иә (да) (NYNA бойынша

ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жыпылықтау аритмиясы

Мерцательная аритмия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

32. Ілеспелі патология (сопутствующая патология)

Диагнозы _____

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

33. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

34. Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі (Уровень сознания по шкале комы Глазго)

Балл _____

15 баллдан бастап– есі айқын (от 15 баллов – сознание ясное)

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру (от 13 до 14 - оглушение умеренное) ,

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру (от 10 до 12 - оглушение глубокое)

8-ден – 9-ға дейін сопор (от 8 до 9 – сопор)

6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома (от 6 до 7-кома умеренная),

4-тен – 5-ке дейін терең

кома (от 4 до 5 - кома глубокая),
 .3-тен – терминалды кома (От 3 - кома терминальная)
35. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша баллды көрсету (Указать балл по шкале NIHSS)_____

36. Рэнкин шкаласы (Шкала Рэнкина)

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень – умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень – наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень – сильно

выраженные признаки инвалидности)

37. Дисфагия (бір жұтым суды кедергісіз ішеді) (может выпить глоток воды без затруднений)

жоқ (нет)

Иә (Да)

38. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин.)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.)
диастолалық

(диастолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД) _____
сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

ТҚЖ (ЧДД) минутына _____ (в мин.)

Температура _____ Цельсий градусы (градусов цельсия)

39. Негізгі диагностикалық іс-шаралар (Основные диагностические мероприятия):

1. Гематокритпен және тромбоциттерді есептеумен жалпы қан талдамасы (ЖҚТ)

Общий анализ крови (ОАК) с гематокритом и подсчетом тромбоцитов

жоқ (нет)

иә (да)

2. глюкоза

жоқ (нет)

иә (да)

3. коагулограмма

жоқ (нет)

иә (да);

а) ПВ-МНО

жоқ (нет)

иә (да);

б) АЧТВ

жоқ (нет)

иә (да);

в)Фибриноген

жоқ (нет)

иә (да);

4. электролиттер

жоқ (нет)

иә (да);

40. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

41. ЭКГ

жоқ (нет)

иә (да);

Ырғақ (Ритм)

синусты (синусовый)

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

электрокардиостимулятор (ЭКС) ырғағы (ритм электрокардиостимулятора (ЭКС))

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

42 .УДДГ (УЗДГ)

Бассүйекішілік тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз интракраниального сосуда

жоқ (нет)

иә (да)

Экстракраниалды тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз экстракраниального сосуда

жоқ (нет)

иә (да)

43. ТИӨ кезіндегі ЭКГ холтері (Холтер ЭКГ при ТИА)

жоқ (нет)

иә (да);

44. Бастың бассүйекішілік тамырларының ТКДГ (ТКДГ интракраниальных сосудов головы)

жоқ (нет)

иә (да);

45. Жүректі УДЗ (сыртартқысында түбегейлі патологиясы бар пациенттерге ғана)

УЗИ сердца (только пациентам с наличием кардиальной патологии в анамнезе

жоқ (нет)

иә (да);

46. Компьютерлік Томография (КТ) Компьютерная Томография (КТ)

жоқ (нет)

Иә (Да)

Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт

инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

ағымдағы жағдайдағы қан кету

кровоизлияние в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

б) Қан кету сипаттамасы (Характер кровоизлияния)

субарахноидальдық (субарахноидально)

паренхиматозды (паренхиматозное)

ми діңгегі (ствол мозга)

вентрикулярлы (вентрикулярное)

субтенториальды (субтенториальное)

47 МСКТ

жоқ (нет)

иә (да)

Аневризманы (Аневризму)

жоқ (нет)

иә (да)

АВМ

жоқ (нет)

иә (да)

Тамырлар стенозы (стеноз сосудов)

жоқ (нет)

иә (да)

Тамырлар окклюзиясы (окклюзию сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

48 Магниттік-резонансты томография (МРТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа)
(дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

инфаркт

жоқ (нет)

иә (да)
қан кету (кровоизлияние)

жоқ (нет)

иә (да)
аневризма

жоқ (нет)

иә (да) , АВМ

жоқ (нет)

иә (да),
тамыр стенозы (стеноз сосуда)

жоқ (нет)

иә (да),
тамыр тромбозы (тромбоз сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)
49. Селективті церебральды ангиография (СЦА)

жоқ (нет)

Иә (Да) Күні (Дата)
_____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

Бассүйекішілік тамырының тромбозы (тромбоз интракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

Экстракраниальды тамырдың тромбозы (тромбоз экстракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

аневризма

жоқ (нет)

иә (да)

АВМ

жоқ (нет)

иә (да)

АВ жыланкөз (АВ фистулу)

жоқ (нет)

иә (да)

Бассүйекішілік тамырының стенозы (стеноз интракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

50. Кеуде ағзаларына рентгенография жүргізу (Рентгенография органов грудной клетки)

жоқ (нет)

иә (да)

51 Стационарға түскеннен кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через

24 часа после поступления в стационар)

52. Систолалық АҚ (АД систолическое) _____мм.рт.ст. диастолалық (диастолическое)

_____мм.рт.ст., САД _____мм.рт.ст.

53. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического

дефицита по шкале NIHSS):

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша балл(Балл по шкале NIHSS)_____

54. Компьютерлік томография (КТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/)

_____сағат (час.) _____мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

контрасты жоқ (нет контраста)

тек транссудация (только
транссудация)

белгісіз (неизвестно)

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

55. Магниттік-резонансты томография (МРТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа)

(дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

контрасты жоқ (нет контраста)

тек трансудация (только

трансудация)

белгісіз (неизвестно)

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

56. Емдеу (Лечение)

57. Дәрілік терапия (Медикаментозная терапия)

Гипотензивті терапия (Гипотензивная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Антиагрегантты терапия (Антиагрегантная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Антикоагулянтты терапия (Антикоагулянтная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Статиндер (Статины)

жоқ (нет)

иә (да)

58. Жеке оңалту бағдарламасының картасы (Карта индивидуальной программы реабилитации)

МДК мамандарының тексеріп-қарау уақыты (Время осмотра специалистов МДК)

невролог

нейрохирург

реабилитолог күні (дата) _____

логопед күні (дата) _____

эрготерапевт күні (дата) _____

психиатр күні (дата) _____

ине рефлексотерапевт (иглорефлексотерапевт)

кинезиотерапевт күні (дата) _____

59..Оңалтудың жеке бағдарламасы (Индивидуальная программа реабилитации):

60. Негізгі іс-шаралар (Базовые мероприятия)

бағдарланған (позиционирование)

кезең-кезеңмен сатылы (поэтапная вертикализация)

жеке ЕФК (ЛФК индивидуально)

61. Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог немесе (или) нейропсихолог

диагностика

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

62. Қозғалыс бұзушылықтары кезінде (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру

бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс

істету (индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних

конечностей)

биобасқару (биоуправление), электростимуляция

артропатияларды емдеу (лечение артропатий)

63. Аяқ-қолдардағы күш нормадан төмен болған кезде (При снижении ниже нормы силы в конечностях)

Физиотерапевт

физиотерапия

Аяқ-қолдардың спастикасы және контрактурасы болған кезде мыналарды тағайындайды

При наличии спастики и контрактур в верхних и нижних конечностях назначают

буындарды механикалық жұмыс істету (механоразработка суставов)

массаж

ЕФК (ЛФК)

жылумен емдеу (теплолечение)

64. Оңалту потенциалын айқындау (Определение реабилитационного потенциала)

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)

(благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

қолайсыз (үйде күтім жасау)

(неблагоприятный (уход на дому)

Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния перед реабилитацией)

а)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____



Жоқ (нет)



Иә (да) қорытынды (заклучение)

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25

соответствует полной зависимости больного)



25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 - выраженной зависимости)



65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 - умеренной зависимости)



91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 - легкой зависимости)



100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности)

б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-схемасы (ПЖМИ) (Тест-мини-схема психического

состояния (МИПС) Mini-Mental State Examination (MMSE)



Жоқ (нет)



Иә (да) қорытынды (заклучение)



28-30- когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ (нет нарушений когнитивных

функций)



24-27 деменция алдыңғы когнитивті бұзылулар (преддементные когнитивные нарушения)



20-23-сипаты жеңіл дәрежедегі деменция (деменция легкой степени выраженности)



11-19-сипаты қалыпты деңгейдегі деменция (деменция умеренной степени выраженности)



0-10- ауыр деменция (тяжелая деменция)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в

повседневной жизни Ривермид, указать балл) _____



Жоқ (нет)



Иә (да) қорытынды (заключение)



-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды

немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение

действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);



6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);



11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления



г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)
Баллды көрсету (указать балл) _____

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень – умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень – наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень – сильно выраженные признаки инвалидности)
65. Тромболитикалық терапия (Тромболитическая терапия)

Жоқ (нет), тромболикалық терапия жүргізілмеу себептері (причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия)

Иә (да)
66. Интравенозды тромболизис (Интравенозный тромболизис)

Иә (да), терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа)
(дд/мм/)
_____ сағат (час.) _____ мин.

б) препарат атауы (наименование препарата):

альтеплаза (актилизе)

тенектеплаза

ретеплаза

в) доза

толық доза (полная доза) _____

жарты доза (половинная доза) _____

67. Интраартериялық тромболизис (Интраартериальный тромболизис)

жоқ (нет), себептерін

көрсету (указать причины) _____

Иә (Да) терапияны бастау күні және уақыты (датаи время начала терапии) (кк/аа)
(дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/)
_____ сағат (час.) _____ мин.

б) препараттың атауы (наименование препарата):

Альтеплаза (Актилизе)

Тенектеплаза

Ретеплаза

в) дозасы (доза)

толық доза (полная доза) _____

жарты доза (половинная доза) _____

68. Тромболизис асқынуларының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

жоқ (нет)

иә (да), түрін көрсету қажет (указать какие) _____

69. Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау (Оценка состояния в

первые сутки после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS) _____

70. Тромболизис жасағаннан кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через

24 часа после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS) _____

71. Механикалық тромбэкстракция (Механическая тромбэкстракция)

жоқ (нет)

иә (да)

терапияны бастау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат

(час.) _____ мин

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

72. Нейрохирургиялық операцияның атауы (Названиенейрохирургической операции)

_____ АХЖ-9 операциясының коды (код операции МКБ-9)

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (кк/мм) дата (дд/мм/) _____ сағат (час) _____

шұғыл (экстренно)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

73. Операциямен байланысты асқынулар (Осложнения связанные с операцией): _____

74. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

Повторное ОНМК	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
М и о к а р д Инфаркт миокарда	и н ф а р г і <input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Ө А Т Б ТЭЛА	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Пневмония	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Ж а у ы р ж а р а Пролежни	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет)

	<input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Сепсис	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Геморрагиялық трансформация Геморрагическая трансформация	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Б а с қ а Другое	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)

Шығару кезіндегі жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния при выписке)

75. а)NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS), балл _____ :

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

б)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

Жоқ
(нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 - выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 - умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 - легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в

повседневной жизни Ривермид, указать балл) _____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение

действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);



11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления).

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл



Жоқ (нет)



Иә (да) қорытынды (заключение)



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)



3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),



4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)



5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

76. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)	АХЖ-10 бойынша нақтылау коды Уточняющий код по МКБ-10
Қорытынды клиникалық диагноз (инсульт түрі) Заключительный клинический диагноз (тип инсульта)		1.	
		2.	

Ишемиялық инсульттың кіші түрі Подтип ишемического инсульта			
А с қ ы н у л а р Осложнения			
І л е с п е л і а у р у 1 Сопутствующее заболевание 1			
І л е с п е л і а у р у 2 Сопутствующее заболевание 2			

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

77. Қорытындылар (Исходы):

78. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

шығарылды (выписан),

қайтыс

болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____ (кк/аа/жж)

(дд/мм/тг) _____ сағат (час.) _____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

басқа стационарға шұғыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар

(наименование МО) _____

оңалту (реабилитация)

өз бетімен күтім жасау (самовольный уход)

б)

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды (Аутопсия проводилась):

Жоқ (нет)

Иә (Да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат
(час.) _____ мин.

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

79. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

сауығу (выздоровление),

жақсару (улучшение),

өзгеріссіз (без перемен),

нашарлау (ухудшение),

кайтыс болу (смерть)

80. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

81. Бөлімше (Отделение): _____ Код

атауы (наименование) _____

82. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код

83. Нейрореанимацияда болды (Находился в нейрореанимации) (ПИТ/БИТ)::

жоқ (нет) ,

иә (да) күн саны (количество дней) _____

84. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.) (при его наличии) _____ Код _____

_____ Қолы (Подпись) _____

85. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись)
_____)

Стационардан шыққан
пациенттің статистикалық
картасының қосымша парак
Вкладной лист к статистической
карте выбывшего из стационара

Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда

емдеуден өткен адамның статистикалық картасы

Статистическая карта прошедшего лечение в дневном

стационаре и стационаре на дому №__

Күндізгі стационар: емханада

ауруханада

Дневной стационар: при поликлинике при больнице
Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған
емдеуге жатқызу коды
Код госпитализации, определенный
Бюро госпитализации

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты

(Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ / 3. Жынысы (Пол):
ер (муж)-1, әйел (жен)-2 кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Тұрғыны (Житель):
қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область,
административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, квартира)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 – жұмыскер

(рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 –

зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 –

жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 – табынушы

(служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ) – 2,

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид

детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам

(лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к

УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі(инвалид труда) - 9, қоныс

аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочее) – 99.

11. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

–

/ _____ /

12. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға

жатуы (Проходил лечение в дневном

стационаре в данном году по поводу данного заболевания):

бірінші рет (впервые) – 1,

қ а й т а л а п

(повторно) – 2.

13. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) _____ / _____ / _____ кк/аа/жж
(дд/мм/гг)

14. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения

(смерти)) _____ / _____ / _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

15. Өткізген күндері (Проведено дней) _____.

16.	Диагноз	10-ХАЖ (код по МКБ-10)	коды
Қорытынды клиникалық диагноз Клинический диагноз			
Асқынулар Осложнения			
Қосалқы сырқаты Сопутствующее заболевание 1	1		
Қосалқы сырқаты Сопутствующее заболевание 2	2		
Патологоана-томиялық диагноз/өлім себебі Патологоана-томический диагноз/причина смерти			

17. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата	Операцияның аты мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы Тип операции: 1-экстренная 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеоперационное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	(Дәрігерлердің коды Коды врачей)
Уақыты Время						
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
___/___/___ :___						хирург
Код						ассистент
___/___/___ :___						анестезиолог
Код						хирург
						ассистент
						анестезиолог

18. МЭХ (МЭП) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

19. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану

(Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

19.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы

(Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового

лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады)

(заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

20. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК)

(республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский

бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМС келісім

шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть).

21. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, жақсарумен

(улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу

(смерть) - 5, перевод в стационар (указать какой)

_____ 20____ жылғы (года) " ____ " _____

22. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и

медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)					
№	Код	Өлшем Единица измерения	Бірлігі	Саны Количество	
Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)					
№	Код	Өлшем Единица измерения	Бірлігі	Саны Количество	
Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)					
№	Код	Өлшем Единица измерения	Бірлігі	Саны Количество	

--	--	--	--	--

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____

Код _____ Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)

Код _____ Қолы (Подпись) _____

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы

066-4/е нысанын толтыру бойынша нұсқаулық

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы (бұдан әрі - СШК) босанғандар мен жана

туған нәрестелерді қоса алғанда стационардан шыққандардың барлығына толтырылады.

Күндізгі стационар атауы: медициналық ұйымның толық және қысқаша ресми атауы

жіберіледі.

ҚҰЖЖ коды: ұйымның статистикалық картасынан қойылады.

Күндізгі стационардың орналасқан жері көрсетіледі (емхана немесе аурухана жанында).

СШК нөмірі: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е)

науқасының карта нөмірімен сәйкес келуі тиіс.

1-6, 8-10 тармақтар: науқастың жеке басын куәландыратын және сөзінен құжаттар деректері.

"Медициналық тіркеу нөмірі": жоспарланатын жеке медициналық карта үшін ұсынылған.

11-15 тармақтар: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е)

науқасының картасы негізінде толтырылады. Жіберген ЕПҰ мен бекітілген ЕПҰ коды және

атауы, бөлімше түрі мен төсек бейінінің коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

16-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР

ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

17-тармақ: Диагносттарды кодтау үшін 10-ХАЖ қолданылады.

18-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

19-20-тармақтар: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады 16-

тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Егер

операциялық араласу бірнеше рет болса, онда басқа операцияларға қарағанда операция күніне

тәуелсіз, бірінші рет толтырылуы қажет "Негізгі операция" белгіленеді.

17-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР

ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

18-тармақ: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады.

21-тармақ: Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектер әрекеттегі ережелер мен

анықтамалықтарға сәйкес толтырылады. Тіркеуге тек клиникалық бөлімшеге (зертхана,

рентген, УДЗ және басқалар) қатысты сыртқы қызметтер жатады. Клиникалық бөлімше

жұмысының көлеміне кіретін қызметтер (инъекциялар, антропометрия, АҚК өлшеуіш,

дәрігердің тексеруі және т.б.) клиникалық бөлімше қызметтерінде әлдеқашан ескерілген және

толтыруға жатпайды. Көрсетілген қызметтер мен манипуляциялар, қолданылған дәрі-

дәрмектер туралы деректерді енгізу үшін орын жетіспесе, Көрсетілген қызметтер парағын

қосымша бетпен кеңейту керек.

22-23-тармақтар: Емдеуші дәрігер мен бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты.

Дәрігерлер коды медициналық ұйымның ішкі анықтамалығына сәйкес қойылады.

Ескерту: нысан ұйым бейініне сәйкес толтырылады және басып шығарылады.

Инструкция по заполнению формы 066-4/у

"Карты выбывшего из стационара дневного пребывания"

Карта выбывшего из стационара дневного пребывания (далее - КВС) заполняется на всех

выбывших из стационара, включая родильниц и новорожденных детей.

Наименование стационара дневного пребывания: допускается полное и краткое официальное

наименование медицинской организации.

Код ОКПО: проставляется из статистической карты организации.

Указывается место расположения дневного стационара (при поликлинике или при больнице).

Номер КВС: должен совпадать с номером карты больного дневного стационара (форма № 003

1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у).

Пункты 1-6, 8-10: данные из документов, удостоверяющих личность и со слов больного.

Регистрационный медицинский номер: предназначен для планируемых индивидуальных

медицинских карт.

Пункты 11-15: заполняются на основании карты больного дневного стационара (форма № 003

1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у). Коды и название направившего ЛПО и ЛПО

прикрепления, код типа отделения и профиля коек присваивается из справочника МЗ РК.

Пункт 16: код МЭП (медико-экономического протокола) присваивается из справочника МЗ

РК в соответствии с действующими правилами.

Пункт 17: для кодирования диагнозов применяется МКБ-10.

Пункт 18: код хирургической операции присваивается из справочника МЗ РК.

Пункты 19-20: заполняются на основании медицинской карты стационарного больного.

Пункт 21: лист оказанных услуг и медикаментов заполняется в соответствии с действующими

правилами и справочниками. Регистрации подлежат только услуги, внешние по отношению к

клиническому отделению (лаборатория, рентген, УЗИ и прочее). Услуги, входящие в объем

работы клинического отделения (инъекции, антропометрия, измерение АД, осмотр врача и

прочее), уже учтены в услугах клинического отделения и не подлежат заполнению. При

недостатке места для внесения данных о проведенных услугах и манипуляциях,

использованных медикаментов необходимо расширить Лист оказанных услуг дополнительным вкладышем.

Пункт 22-23: фамилия, имя, отчество, подпись лечащего врача и заведующего отделением.

Коды врачей проставляются в соответствии с внутренним справочником медицинской организации.

Примечание: форма заполняется и распечатывается в соответствии с профилем организации.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 6-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Нәрестенің даму тарихы № _____ История развития новорожденного

	анасы мать	әкесі отец	нәресте ребенок
қан группа крови	т о б ы		
резус-тиістілік резус-принадлежность			

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество
новорожденного
(при наличии) _____

Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество
матери (при
наличии) _____

ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения) _____
Ұлты (Национальность) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Некенің тіркелуі (керекті астын сызыңыз) (Брак зарегистрирован (нужное подчеркнуть): иә
(да), жоқ (нет)
ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Тұрақты мекенжайы, телефон (Постоянное место жительства, телефон) _____

	күні число	айы месяц	жылы год	сағ · час	мин	
Туылды Родился						Қабылдау журналы (Приемный журнал) № _____
Түсті Поступил						Нәресте палатасы (Палата ребенка) № _____ Нәресте кереуеті (Кровать ребенка) № _____
Шықты Выписан						Анасының палатасы (Палата матери) № _____ Анасының кереует (Кровать матери) № _____ Нәресте ауыстырылған палата (Ребенок переведен в палату) _____
Қайтыс болды Умер						төсек (кровать) № _____
Ауыстырылды						Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____ Төсек-күндер саны (Проведено койко-дней) _____
Переведен						
Қайда Куда						

Нәрестенің қорытынды диагнозы (заключительный диагноз новорожденного)

Анасының жағынан тұқым қуалаушылық (Наследственность со стороны матери) _____

әкесі жағынан (отца) _____

Гинекологиялық және акушерлік анамнез

Гинекологический и акушерский анамнез

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____
нешінші босану
(которые роды) _____

Жүктілік кезіндегі сырқаттары мен асқынулары (Заболевания, осложнения во время беременности) _____

Босануы: I кезеңнің ұзақтығы (Роды: продолжительность I пер.) _____

Тірі туу критерийлері (Критерии живорождения) (+, -)			
Тынысы/ Дыхание	Жүрек соғуы/ Сердцебиение	Кіндік тамарының соғуы/ Пulsация пуповины	Бұлшық етінің жиырылуы Произвольное сокращение мускулатуры

Апгар шкаласы бойынша нәрестенің жағдайын бағалау

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Туылғаннан кейінгі у а қ ы т Время после рождения	Жүрек қағысы Сердцебиение	Тыныс алуы Дыхание	Терісінің түсі Окраска кожи	Бұлшық ет тонусы Тонус мышц	Рефлекстері Рефлексы	Бағасы баллмен Оценка в баллах

Емшек емізуді бастау уақыты қашан (Когда приложен к груди после родов) _

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина) _____

Даму кемістіктері (Пороки развития)

Босану кезіндегі зақымдануы (Родовые травмы)

Гонобленореяның алдын алу (дәрінің аты, сағаты) (Профилактика гонобленореи (название медикамента, время))

Кезекші акушер (Дежурный акушер) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач) _____

Нәрестелер бөлімшесіне ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение новорожденных)

Ауыстырылу күні (дата перевода) 20 ____ ж. (г.) " _____ "

_____ сағ./час _____ мин.

Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жағдайы (Состояние ребенка при переводе из родзала)

Терісінің түсі, айғайының сипаттамасы (цвет кожных покровов, характер крика)

Нәрестені өткізген акушер (Ребенка сдал(а) акушер(ка))

Нәрестені қабылдаған және өндеген мейіргер (Принял(а) и провел(а) обработку медицинский брат/медицинская сестра) _____

Алдын-ала қойылған диагноз (Диагноз предварительный)

Күні/Дата _____ Кезекші дәрігер/Дежурный врач

Нәрестелер (бөлімшесінде) палатасында нәрестені алғашқы рет қарау

Первый осмотр ребенка в палате (отделении _____
_____)

новорожденных детей

20 _____ ж/г " _____ " _____

_____ сағ/час _____ мин

қарау күні(дата осмотра)

Жалпы жағдайы (нәрестенің жатқан жатысы, айғайының сипаттамасы,
тремор, бұлшық ет

тонусы) (Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор,
мышечный

тонус)) _____

Тері қабаты (Кожные покровы) _____

Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые) _____

Кіндігінің қалдығы (Пуповинный остаток) _____

Басы (үйлесу жерлері, еңбектері, босану кезіндегі ісік) (Головка (швы,
роднички, родовая

опухоль) _____

Көкірек клеткасының қалпы (Форма грудной клетки)

Емшек емізуді бастау уақыты (Когда приложен к груди) _____

Емізу жиілігі (частота кормления)

Емшекті қалай сорады (как сосёт
грудь)?

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина))

Тыныс алуы. Өкпесінің жағдайы. Тыныс жеткіліксіздігін Сильверман шкаласы бойынша

бағалау (Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной

недостаточности) _____

Жүрек (шекарасы, шулардың бар-жоғы, ырғақ сипаттамасы) (Сердце (границы, наличие

шумов, характер ритма)) _____

соғуы (Пульс)

Жүйке жүйесі (Нервная система)

Іш қуысы ағзалары (Органы брюшной полости)

Меконийдің кетуі (Отхождение мекония)

Несеп шығару (Мочеиспускание)

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы)

Анустың бар болуы (Наличие ануса)

Жамбас-сан буындарының жағдайы (Состояние тазобедренных суставов)

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз

Заключение и предварительный диагноз

Вирусты гепатитке қарсы Против вирусного гепатита							
Туберкулезге қарсы еке Противотуберкулезная							
Полиомиелитке қарсы Против полиомиелита							

Анасының қолы (Подпись матери) _____

— Егу жүргізілмеді (себебін көрсетіңіз) (Прививка не проводилась (указать причину))

Тұқым қуалайтын аурулар скринингі (Скрининг на наследственную патологию)

№	Атауы (Наименование)	Қан алу күні, аудиологиялық скрининг жасау күні (дата забора крови, дата аудиологического скрининга)	Нәтижесі (Результат)
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ТБГ (туа біткен гипотиреоз) / ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологиялық скрининг (аудиологический скрининг)		

"Отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық неонатальдық скринингі

жүргізу туралы есеп" кестесін енгізу/"Учет о проведении аудиологического неонатального

скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии".

Әдіс атауы/ Название метода	Нәтиже/ Результат			
	Оң құлақ /Правое ухо		Сол құлақ /Левое ухо	
	Өтпеді/ Не прошел		Өтпеді/ Не прошел	Скрининг жүргізілмеді/

	Өтті/ Прошел	*	Скрининг жүргізілмеді / Скрининг не проводился	Өтті/ Прошел	*	Скрининг не проводился
Отоакустикалық эмиссияны тіркеу/Регистрация отоакустической эмиссии *						

*

Баланың отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық скринингті өту нәтижесі

тиісті бағанада қанатбелгімен белгіленеді/ Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается

галочкой в соответствующей графе.

*
*

"Өтпеді" деген отоакустикалық эмиссияны тіркеу нәтижесінде бала сурдологиялық

кабинетке жіберіледі/При результате регистрации отоакустической эмиссии " Не прошел"

ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдау протоколы Протокол транспортировки новорожденного

Дата рождения Туған күні	Гестациялық мерзімі Гестационный возраст	Постменструальды жасы Посменструальный возраст
Ж а с ы Возраст	Туған мезгіліндегі салмағы Масса тела при рождении	Қазіргі салмағы Фактическая масса тела
Нәресте жынысы Пол ребенка	Нәрестені көшіру себебі Причина перевода новорожденного	Тасымалдау ұзақтығы Длительность транспортировки

Анасының диагнозы/Материнский диагноз

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Жаңа туған нәресте диагнозы/Диагноз новорожденного ребенка

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Тасымалдау кезіндегі респираторлы көмек түрі/ Вид респираторной поддержки во время перевода

CPAP	IMV	Оттегі/Кислород

**Жолдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері
Основные жизненные показатели новорожденного в направляющем медицинском учреждении**

Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения	Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері: PIP, реер, Ti, Rate, FiO ₂ /Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ: PIP, реер, Ti, Rate, FiO ₂	Орташа қан қысым/ Среднее артериальное давление	Дене қызуы/ Температура тела	Сатурациясы / Сатурация	Қанның қанты/ Сахар крови	pH/ pCO ₂ / pO ₂ / HCO ₃ /BE
		Сын.бағ. Мм.рт.ст	°C	%		

**Қабылдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері/
Состояние новорожденного в принимающем медицинском учреждении**

Санация							
Тамақтануы/Кормление (мл)							
Диурез (мл)							
Үлкен дәреті/стул							
Тасымалдауда алған толық сұйықтық көлемі/Общий объем за время транспортировки (мл)	М л Мл	Диурез жылдамдығы/Скорость диуреза	Мл/кг/сағ Мл/кг/час				

Нәрестеге комфорт дәрежесін бағалау/ Оценка степени комфорта для новорожденного

М а з а с ы з / Возбужденный	Белсенді/ Активный	Медициналық Медицинский сон	Ұйқы/ Сон	Ұйқылы/ Сон

Седативті және парализикалық дәрілерді қолдану/ Использование седативных и парализических препаратов

Алды/Получил	Дәрі дәрмек аты жөні/ Название лекарственного препарата	Дозасы/ Доза препарата
И я / Д а Жок /Нет		

Атанасына нәрестенің тасымалдауы туралы толық мәлімет берілді/

Родители получили полную информацию по поводу транспортировки новорожденного

Ия/да Жок/нет

Егерде алмаса, онда неге?/Если родители не получили, то по какой причине?

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО(при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні(болған жағдайда) /ФИО(при его наличии) медицинская

сестра _____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы

**Жаңа туған нәрестені тасымалдауға арналған құрал жабдықтармен
дәр-дәрмектердің дайындылығын тексеру парағы Проверочный лист
оборудования и медикаментов для транспортировки новорожденного**

№	Тексеру күні, уақыты/ Дата и время проверки	Медициналық аппараттар мен заттардың, дәрі-дәрмектердің атаулары/Наименование оборудования, изделий медицинских изделий и лекарственных препаратов
1.	Транспорттық инкубатор/ Транспортный инкубатор:	
	Оттегі баллоны/Кислородный баллон	
	Ауа баллоны/Баллон с воздухом	
	Акумулятор /Акумулятор	
2.	Жасанды тыныс беру аппараты/Аппарат ИВЛ:	
	Тыныс беру контуры / Дыхательный контур	
	Ылғалдандырғыш/увлажнитель	
	Стерильная вода/Стерильді су	
3.	Реанимацияға арналған жинақ/Набор для реанимации:	
	Интубациялық түтікшелер № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5	Интубационные трубки № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5
	Ларингоскоп № 1; 0; 00/Ларингоскоп № 1; 0; 00	
	Жабыстырғыш/Лейкопластырь	
	Жасанды вентиляция үшін өз бетімен ашылатын қап/Саморасправляющийся мешок для вентиляции	
	Мезгілінен ерте және мезгілінде туған нәрестелер үшін маскалар	Маска для доношенного и недоношенного ребенка
4.	Дәрі дәрмектер/Лекарственные препараты	
	Дофамин 0,5%	
	Адреналин 0,1%	
	Физиологиялық ерітінді	0,9%
	Физиологический раствор 0,9%	
	Гентамицин 4%	
	Ампициллин 250 мг	
5.	Аспирациялық катетерлер № 6, 8, 10, 12	Аспирационный катетер № 6, 8, 10, 12
6.	Кардиомонитор	
	Неонатальды сатурациялық датчиктер	Неонатальные сатурационные датчики
	Неонатальды қан қысым манжеталары	Неонатальные манжеты для измерения АД
	Дене қызуын өлшейтін датчиктер	Датчики для измерения температуры тела
7.	Перифериялық катетерлер №	Периферические катетеры №

8.	Кіндік катетері/Пупочный катетер
9.	Стерильді пинцет/Стерильный пинцет
10.	Фонендоскоп
11.	
	Дәрігердің қолы/ подпись врача

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)
(Бірінші беті/Первая страница)

Тасымалдау кезінде болған төтенше жағдай протоколы Протокол о чрезвычайной ситуации во время перевода

	Тасымалдау командасы келмей тұрып/ До появления транспортной команды	Х а л жағдайын тұрақтандыру кезінде/ Во время стабилизации	Тасымалдау кезінде/ Во время перевода	Қабылдайтын мекемеде/В принимающем учреждении
Жоспарланбаған экстубация/ Не запланированная экстубация				
pH > 7,5				
Экстравазация/ Экстравазация				
Тасымалдау кезіндегі газдың жоғалуы/ Утечка газа во время перевода				
Жолда жоспарланбаған тоқтау/ Не запланированная остановка в дороге				
Коммуникациялық проблемалар/ Коммуникационные проблемы				
Медициналық аппаратпен байланысты проблемалар/ Проблема связанная с оборудованием				
Клиникалық төтенше жағдай Клинический акцидент				
Дәрі дәрмекті қате беру/ Ошибка лекарства				
Тасымалдауды тоқтату/ Отмена перевода				
Нәрестенің жолда шетінеуі/ Смерть ребенка во время перевода				
Құжаттың дайын болмауы/ Не готовность документации				

Команда кеш келді/ Команда вернулась поздно				
Команда жолданған мекемеде 4 сағаттан аса болды/Команда находилась в направленном стационаре более 4 часов				

Төтенше жағдайдың сипатамасы/Описание чрезвычайной ситуации во время транспортировки _____

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО(при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні(болған жағдайда) /ФИО(при его наличии)
медцинская

сестра _____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

(Келесі беті/следующая страница)

Тасымалдау кезінде болатын төтенше жағдайлар бойынша түсініктемелер

Разъяснение чрезвычайных ситуации во время транспортировки

1. Төтенше жағдай түрлері/виды чрезвычайных ситуации во время транспортировки

- a. Нәрестенің жолда шетінеуі/Смерть ребенка во время транспортировки
- b. Жоспарланбаған экстубация/Незапланированная экстубация
- c. Экстравазация
- d. pH > 7,5
- e. Газдың жоғалуы/Утечка газа

2. Коммуникациялық/Коммуникационные

- a. Сыртқы/внешний
- b. Ішкі/внутренний

3. Аппаратпен байланысты/Связанные с оборудованием

- a. Медициналық/медицинские

- b. Медициналық емес/не медицинские
- c. Көлікпен байланысты/связанная с автомобилем
- 4. Клиникалық жағдайлар/Клинические ситуации
 - a. Нәресте алып келгеннен кейін 48 сағат ішінде шетінесе/смерть ребенка в течении 48 часов после прибытия
 - b. Тасымалдау кезінде реанимация жүргізу/проведение реанимации во время транспортировки
 - c. Тасымалдау кезінде пневмоторакс пайда болу/Пневмоторакс во время транспортировки
 - d. Дене қызуы $36,5^{\circ}\text{C}$ төмен болу/Снижение температура тела менее $36,5^{\circ}\text{C}$
 - e. Гипогликемия < 2 ммоль/л
 - f. Артериальді гипотензия/Артериальная гипотензия
 - g. Басқада/Другие
- 5. Дәрі дәрмекпен байланысты қателіктер/Ошибки связанные с медикаментами
 - a. Дәрідәрмекпен байланысты/Связанная с лекарством
 - b. Сұйықтықпен байланысты/Связанная с инфузионным препаратом
- 6. Тасымалдауды тоқтату/Прекращение транспортировки
 - a. Қабылдайтын мекеменің бас тарту салдарынан/Из-за отказа принимающей стороны
 - b. Нәресте хал жағдайының нашарлауынан/В связи с ухудшением состояния ребенка
- 7. Жолда жоспарланбаған тоқтау/Незапланированная остановка во время транспортировки
 - a. Көлікке байланысты/связанная с автомобилем
 - b. Қызметкерге байланысты/связанная с сотрудником
 - c. Басқа/Другие
- 8. Документациямен байланысты/Связанная с документацией
 - a. Тасымалдау командасына байланысты/связанная с транспортной командой
 - b. Жолдайтын мекеме салдарынан/Связанная с отправляющей стороны
- 9. Тасымалдайтын команда кеш келді/Транспортная команда вернулась поздно
- 10. Қызметкерлерге байланысты/Связанная с сотрудниками
 - a. Дәрігерге байланысты/Связанная с врачом
 - b. Медбикеге байланысты/Связанная с медсестрой
 - c. Жүргізушіге байланысты/Связанная с водителем
- 11. Басқа/Другие

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии
)
новорожденного) _____

Балаға мамандардың консультациялары

Консультация ребенка специалистами

Пульмонологтың тексеріп-қарау нәтижелері (Результаты осмотра
пульмонолога)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Отоларингологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра
отоларинголога)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Кардиологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра кардиолога)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Басқа мамандардың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра других специалистов)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

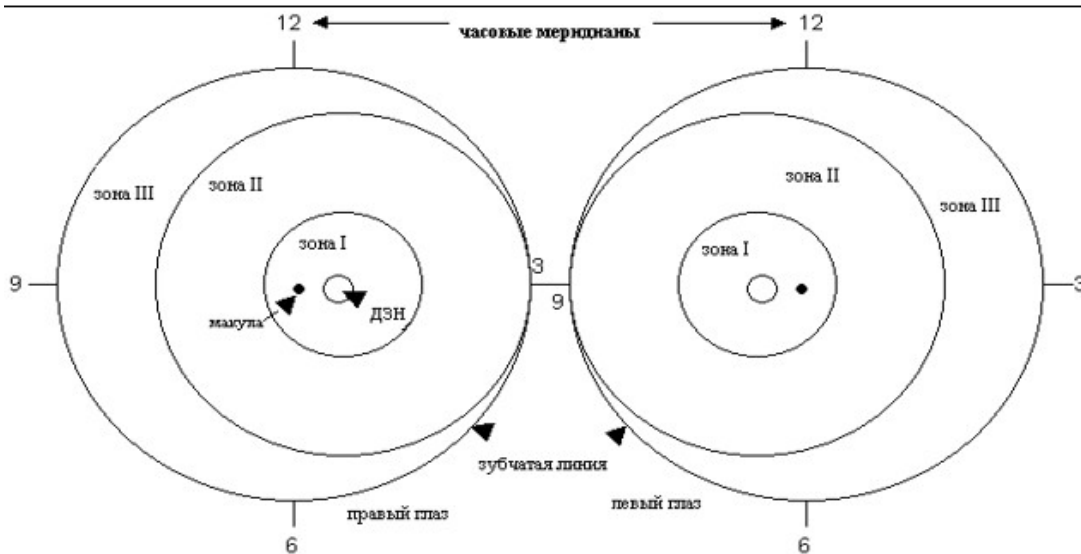
Офтальмологтың тексеру нәтижелері/результаты осмотра офтальмолога

Шағымдар, ауру сыртартпасы _____

Жалобы, анамнез заболевания

	OD	OS
Реакция на свет, в т.ч. реакция зрачка на свет		
КІК (ВГД пальпаторно)		
Қ о с а л қ ы Придаточный аппарат	а п п а р а т	
А л д ы ң ғ ы Передний отрезок	к е с і н д і с і	
С ы н у Преломляющие среды	о р т а с ы	

Көзтүбі (Глазное дно)



Қ о с ы м ш а деректер (УДЗ)
Дополнительные данные: (УЗИ)

Диагнозы: _____

Диагноз _____

Тағайындаулар/назначения:

- 1.
- 2.
- 3.

Ұсыныстар: рекомендации: _____

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультация күні/Дата консультации

Жаңа туған нәрестенің даму
тарихының қосымша парағы
Вкладной лист к истории
развития новорожденного

Науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен жаңа туған нәрестелердің реанимациясы және қарқынды терапиясы бөлімшесіндегі тағайындаулар картасы

Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии новорожденных

Күні (Дата) _____ Науқас (Больной) _____ Жасы (Возраст) ____ Жынысы (Пол) _____ Ауру тарихы № (№ истории) _____
Қан тобы (Группа крови) _____ Резус _____ Диагнозы (Диагноз) _____

Жағдайы (Состояние)

_____ Туғандағы салмағы (Вес при рождении) _____
_, Бүгінгі салмағы (Вес фактический) _____, Гестациялық жасы (Гестационный возраст)

		Жоспарланды (Нақты (г/кг/тәу	Зерттеу жоспары (План		
--	--	---------------	---------	--	--	----------	-----------------------	--	--

*

режімдер

*

режимы выставляются имеющиеся на аппаратах ИВЛ в зависимости от

производителя

Ескертпе:

СФМ – сұйықтыққа физиологиялық мұқтаждық/

Per os – ішке/внутри

к/т - көк тамырға/внутривенно

к – көмірсу/углеводы

м – май/жиры

д.м. – дене массасы/масса тела

T _{in} - время вдоха
T _{ex} – время выдоха
f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания
f _{iO₂} - концентрация подаваемого кислорода
IMV peak – пиковое давление
MAP – среднее давление в дыхательных путях
PEEP – положительное давление в конце выдоха
HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции
HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции
IMV im - измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции
DCO ₂ –коэффициент вывода углекислого газа
V _t – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами
V _{thf} –усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентиляции
pH – степень кислотности
pO ₂ – парциальное напряжение кислорода
pCO ₂ – парциальное напряжение углекислого газа
BE – дефицит основания
Sat O ₂ – сатурация
Пульс
АД – артериальное давление
ЧД – частота дыхания ребенка
Температура
CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции
SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция
SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом

PSV – режим вентиляции с поддержкой давления

VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе

Примечание:

ФПЖ – физиологическая потребность в жидкости

Per os – внутрь

к/т - көк тамырға (в/в – внутривенно)

к - көмірсу (угл - углеводы)

м - май (жиры)

м.т. – масса тела

T_{in} - время вдоха

T_{ex} – время выдоха

f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания

f_{iO2} - концентрация подаваемого кислорода

IMV peak – пиковое давление

MAP – среднее давление в дыхательных путях

PEEP – положительное давление в конце выдоха

HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции

HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции

IMV im - измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции

DCO₂ –коэффициент вывода углекислого газа

V_t – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами

V_{thf} –усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентиляции

pH – степень кислотности

pO₂ – парциальное напряжение кислорода

pCO₂ – парциальное напряжение углекислого газа

BE – дефицит основания

Sat O₂ – сатурация

Пульс

АД – артериальное давление

ЧД – частота дыхания ребенка

Температура

CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях

IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции

SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция

SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом

PSV – режим вентиляции с поддержкой давления

VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе

Примечание

: при необходимости использовать вкладные листы; при переводе между

медицинскими организациями, вносится запись в "Выписной эпикриз"

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау
 министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 2-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 7-қосымша

А4 форматы Формат А4	Б С Н б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 023/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 023/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Тәуелсіз сарапшының есеп картасы

Учетная карта независимого эксперта

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты(болған жағдайда)/Отчество (при его
 наличии) _____ ЖСН/ИИН _____

Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ___/___/___

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж, жен) _____

Туған жері (Место рождения) _____ елі(страна)

Ұлты (Национальность) _____

Тұрғылықты орны (Место жительства):

Облыс (область) _____ аудан(район) _____

Елді мекені (Населенный пункт) _____

Көшесі, үй(Улица, дом) _____

Жұмыс телефоны (Телефон рабочий) _____ (ұялытелефон)
сотовый _____, e-mail _____

Жоғары оқу орнының бітірген жылы(Год окончания высшего учебного заведения) _____

Диплом № (№ диплома) _____

Диплом бойынша мамандығы (Специальность по диплому) _____

Ғылыми дәрежесі (Ученая степень) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Лауазымы (Занимаемая должность) _____

Мемлекеттік тілді білуі (Знание государственного языка) _____

Орыс тілін білуі (Знание русского языка) _____

Шет тілін білуі (Знание иностранного языка) _____

Мамандықтары бойынша ақпарат (Информация о специализациях):

Мамандығы/Специальность	Өткен жылы/Год прохождения

Соңғы аккредиттеуден өткен күні (Дата прохождения последней аккредитации) _____

Нәтижесі (Результат) _____

Аккредиттеу куәлігінен ауыру күні(Дата лишения свидетельства об аккредитации) _____

Шетелде маман ретінде жұмысы (Работа за рубежом в качестве специалиста):

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.)дейін (по) _____ ж.(г.)

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ ж.(г.)

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ ж.(г.)

Баспа жұмыстары туралы ақпарат(Информация о печатных работах)

Жарияланымдар саны (Количество публикаций):

а)барлығы(всего): _____, соның ішінде (в т.ч.)республикалық баспада(в республиканской печати) _____, ТМД(СНГ) _____, халықаралық(международной) _____

Монографиялар, оқулықтар саны (Количество монографий, учебников): _____

Әдістемелік ұсынымдар саны (Количество методических рекомендаций): _____

Тәуелсіз сарапшы есебі

Отчет независимого эксперта

Есептік жыл _____

Отчетный год _____

I. Медициналық қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік органдармен қатыстырылуы

Привлечение государственным органом в сфере оказания медицинских услуг

1. Медицина қызметкерлері үшін біліктілік емтихан өткізу

Проведение квалификационного экзамена для медицинских работников

1) Біліктілік емтихан өткізуге қатысу жағдайларының саны -

Количество случаев участия в проведении квалификационного экзамена -

Олардан:

Из них:

Жоғары санатқа - _____

На высшую категорию - _____

1-санатқа - _____

На 1 категорию - _____

2-санатқа - _____

На 2 категорию - _____

2) Біліктілік емтиханның қай бөлімін өткізу үшін:

Медициналық қызметкерлердің біліктілік есептердің талдауы - _____

Сұхбаттасу - _____ қатыстырылды.

К проведению какой части квалификационного экзамена привлекался:

Анализ квалификационных отчетов медицинских работников - _____

Собеседование - _____

2. Мемлекеттік органдардың және денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттау

Аттестация руководителей государственных органов и организаций здравоохранения

Мемлекеттік органдардың басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының

саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных

органов - _____

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттаудан өткізуге

қатысу жағдайларының саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных

организаций здравоохранения - _____

3. Қорытынды берумен бірге медициналық қызметтерді жарнамалау материалдарына

сараптама

Экспертиза материалов рекламы медицинских услуг с выдачей заключений

Қарастырылған жарнамалық материалдар саны - _____

Количество рассмотренных рекламных материалов - _____

4. Медициналық көмек сапасына байланысты азаматтар өтінішін қарау

Рассмотрение обращений граждан, связанных с качеством медицинской помощи

Әр қайсына қысқа сипаттамамен бірге жеке және заңды тұлғалардың өтініштерін қарау

жағдайларының саны:

Количество случаев рассмотрения обращений физических и юридических лиц с кратким

описанием каждого:

Өтініште баяндалған негізгі деректер

основные факты, изложенные в обращении

қарау нәтижелері бойынша көрсетілген деректер дәлелденді ме _____ (ия/жоқ)

подтвердились ли указанные факты по результатам рассмотрения _____ (да/нет)

- клиникалық жағдайдың қандай сараптама әдістері қолданылды

-какие методы экспертизы клинического случая были использованы

- медициналық құжаттама сараптамасы

- экспертиза медицинской документации
 - емделушіні тексеру
 - осмотр пациента
 - медициналық жұмыскерлермен сауалнама
 - опрос медицинских работников
 - сараптама нәтижелері
 - результаты экспертизы _____
-
-
-

5. Мемлекеттік органмен жоспарлы және жоспардан тыс тексеруді өткізуге қатыстырылу

Привлечение к проведению плановых и внеплановых проверок государственным органом

Жоспарлы және жоспардан тыс тексеруге тарту жағдайлар саны

Количество случаев привлечения к плановым и внеплановым проверкам

тексерудің негізгі сұрақтары _____

основные вопросы проверки _____

тексеру барысындағы медициналық қызмет сараптамасының нәтижелері _____

результаты экспертизы медицинской деятельности в ходе проверки _____

II. Денсаулық сақтау басқармасының мемлекеттік органдарымен және құқық қорғау

органдарымен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта государственными органами управления здравоохранением и

правоохранительными органами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша

сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

III. Халықпен, медициналық қызметкерлермен, басқа мүдделі тұлғалармен сарапшының

қатыстырылуы

Привлечение эксперта населением, медицинскими работниками, другими заинтересованными

лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша

сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

IV. Халықпен және басқа мүдделі тұлғалармен қатыстырылу

Привлечение населением и другими заинтересованными лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша

сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

V. Денсаулық сақтау басқарма органдармен қатыстырылу

Привлечение органами управления здравоохранения

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша

сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 8-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме (астын сызыңыз)

Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (подчеркнуть)

№ _____

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Фамилия, имя, отчество(при его наличии) пациента

Туған күні, айы, жылы/День, месяц, год рождения

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес
организации куда
направляется выписка) _____

Науқастың үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий)

_____ Күндері: а) амбулатория бойынша:
сырқаттары (Даты: а) по
амбулатории: заболевания) _____
стационарға жіберілуі (направления в стационар) _____

б) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления)

шығуы (выбытия) _____

Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание,
сопутствующее осложнение)

Шағымдары (Жалобы): _____

Anamnesis Morbi: _____

A n a m n e s i s v i t a e :

Аллергоанамнез

ауыртпалы емес (не отягощен)

ауыртпалы (отягощен): _____

Тұқым қуалаушылық (Наследственность):

ауыртпалы емес (не отягощена);

а у ы р т п а л ы
(о т ы а о щ е н а) :

Дәрі-дәрмек қабылдауы (Прием медикаментов):

қ а б ы л д а м а й д ы
принимает)

(н е

қабылдайды (нені, қашан, неге) (принимает (что, когда и зачем)):

Эпидемиологиялық (эпидемиологический)анамнез:

а у ы р т п а л ы
отягощен)

е м е с (н е

ауыртпалы(отягощен): _____

Гемотрансфузиялар

(гемотрансфузии)

Хирургиялық интервенциялар

(Хирургические

вмешательства)

В гепатитінің вирусы қарсы вакцинация (вакцинация против вируса гепатитаВ)

Иммунопрофилактика:

өткізілді (проводилась)

жок (нет)

б а с қ а

(д р .)

БЦЖ тыртығы (Рубчик БЦЖ):өлшемі (размер): _____ мм.

Диспансерлік тізімде тіркелуі (Состоит на диспансерном учете):

жок (нет);

и я

(да): _____

Қажеттілігі бойынша

(Сведения по необходимости

)

Туылған кездегі салмағы (При рождении вес): _____ гр. бойы (рост): _____ см.

Тамақтануы (Вскармливание):

табиғи (естественное до) _____

ж а с а н д ы

(искусств);

аралас (смешанное)

Соңғы туберкулинді сынама (Последняя туберкулиновая проба)____/____/201__ г

Нәтижесі (Результат)

оң (положительный);

теріс (отрицательный);

м ә л і м е т

ж о к

(н е т

данных)

Психофизикалық дамуы жасына сәйкес келуі (Психофизическое развитие соответствует возрасту):

ия (да);

жок (нет):

Status praesens, statusnervosus

Жағдайы (Состояние):

қанағаттанарлық (удовлетворительное);

орташа дәрежелі (средней степени);

ауыр, (тяжелое, за счет) _____

Есі (Сознание):

анық (ясное);

басқа

(др): _____

Сөйлеу (Речь):

анық(ясная);

басқа(др): _____

Есту (Слух):

мазаламайды (не беспокоит);

төмендеген (снижен)

Көру (Зрение):

мазаламайды(не беспокоит);

төмендеген (нарушено)

Белсенділігі (Активность):

сақталған (сохранена);

шектелген (ограничена);

қатаң шектелген (резко ограничена)

Конституциясы(Конституция):

астеникалық (астенич.)

гиперстеникалық (гиперстенич.)

қалыпты

(норма);

Жүріс-тұрысы науқас жасына сәйкес (

Поведение соответствует возрасту

пациента):

ия (да);

ж о қ

(нет)

Эмоционалды статусы (Эмоциональный статус):

қалыпты (нормальный);

лабильді

(лабильный)

Ұйқысы (Сон):

қалыпты (нормальный);

бұзылған (нарушен): _____

Тәбеті (Аппетит):

қалыпты (нормальный);

жоғарлаған (повышен)

төмендеген (снижен), (қай уақыттан бастап (с каких пор)):

Глазго кома шкаласы бойынша науқас есінің жағдайын бағалау (Оценка состояния сознания пациента по шкале комы Глазго):

Тері жамылғысы және көрінетін шырышты қабаттар (кожные покровы и видимые слизистые)

Т е м п е р а т у р а

_____ С

Көрінетін шырышты қабаттары (Видимые слизистые):

қалыпты (таза, ылғалды)/в норме (чистые, влажные);

басқасы (др): _____

Араң (Зев):

қалыпты (в норме);

гиперемияланған (гиперемирован);

басқа

(др.): _____

Бадамша бездері (Миндалины):

қалыпты (в норме);

гипертрофияланған (гипертрофированы);

б а с қ а

(др.): _____

Терісі (Кожа):

қалыпты (түсі физиологиялы/қызғылт/қалыпты; таза)/в норме (цвет физиол. / розов. / норм.; кожные покровы чистые);

бозарған (бледная);

сарғайған (желтушная);

жер түсті (землистая);

қызарулар (покраснения);

цианоз;

депигмент.;

зақымданулар (повреждения);

экхимоз;

бөртпе (сыпь) _____

Ылғалдылығы (Влажность):

қалыпты (в норме);

ылғал (влажная);

айқын (выраженный) гипергидроз;

құрғақ (сухая);

әжімді (морщинистая);

тургор

төмендеген

(тургор

снижен);

Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы):

ұлғаймаған (не увеличены);

басқа

(др.): _____

Ісінулер (Отеки):

жоқ (нет);

бар (есть) локализация:

Бұлшықеттік және буын-сүйектік жүйе
(мышечная и костно-суставная система)

Буын-сүйектік жүйе (Костно-суставная система):

жасына сәйкес (соответствует возрасту);

деформациясы бар (есть деформации) _____

Бұлшықеттік жүйе (Мышечная система):

ауытқусыз (без патологий);

гипотонус;

гипертонус

Тыныс алу жүйесі
(дыхательная система)

Тыныс алу жиілігі (Частота Дыхательных Движений): _____ мин.

өлшенбеген (не измерялось);

тыныс алу жүйесінде ақаулар жоқ (в дыхательной системе патологии нет)

Тыныс алу (Дыхание):

кеуделік (грудное);

іштік (брюшное);

аралас (смешанное)

Еңтігу (Одышка):

инспираторлы (инспираторная);

экспираторлы (экспираторная);

аралас (смешанная);

косымша бұлшықеттердің қатысуы (участие вспомогательной мускулатуры)

Жөтел (Кашель):

бөліндісіз (непродуктивный);

бөліндімен, қақырық (продуктивный, мокрота): _____
Аускультация:

везикулярлы (везикулярное);

қатаң (жесткое);

әлсіреген (ослабление);

сырылдар (хрипы): _____
Перкуссия:

өткізілмеді (не проводилась);

короптық (коробочный);

тұйық (притупление);

екпелік дыбыс (легочной звук) Басқа (Другое): Сатурация: O₂-% _____

Жүрек - қантамыр жүйесі
(сердечно-сосудистая система)

Жүрек жиырылысының жиілігі (Частота Сердечных Сокращений): ____ мин.

өлшенбеген (не измерялось)
Артериальды қысымы (Артериальное Давление): ____ мм сынап бағанасы (мм рт ст)

өлшенбеген(не измерялось);

Жүрек-қан тамыр жүйесі ақаусыз (Сердечно-сосудистая система без патологии)
Симптомдар (Симптомы): кеудедегі ауру / салдану / синкопе / жүрек соғысы / аяқтарындағы ауру сезімдері / бозғылт / көкшіл аяқ-қолдар (боль в груди / онемение / синкопе / сердцебиение / боли в ногах / бледные / синюшные конечности)

Жүрек шекарасы (Границы сердца): жоғарғы (верхняя): _____ оң (правая): _____ сол (левая): _____

Жүрек тондары (Тоны сердца):

ырғақты (ритмичные);

ырғақты емес (неритмичные)

айқын (ясные);

тұйықталған (приглушенные);

қатаң (глухие)

Басқа (Другое):

Асқазан-ішек жолдары
(желудочно-кишечный тракт)

Асқазан-ішек тракты ақаусыз (тілі ылғалды, іші қатаймаған, ішек перистальтикасы қалыпты, ағзалар ауырмайды, _____ үлкеймеген)

Желудочно-кишечный тракт без патологии (язык влажный, живот не напряжен, перистальтика кишечника в норме, органы безболезн. не увеличены);

Тілі (Язык):

құрғақ (сухой);

жабылған (немен?) (обложен) _____;

жаралы элементтер (язвенные элементы) _____

Симптом:

жүту бұзылысы (нарушение глотания)

гиперсаливация

қыжыл (изжога)

жүрек айну (тошнота)

құсу (рвота)

басқа _____ (др.) _____

Ішісм (Живот) қатайған (напряжен): _____,

пальпация кезінде ауру сезімі (при пальпации болезненный): _____

шек перистальтикасы (Перистальтика кишечника):

жоғарылығы (повышена);

төмендеген (снижена);

ж о қ _____ (о т с у т с т в у е т)

Бауыры (Печень):

қабырға доғасы қырынан _____ см. ұлғайған (увеличена на _____ см. из под края реберной дуги);

қабырға доғасы қырынан _____ см. кішірейген (уменьшена _____ см. от края реберной дуги)

пальпация кезінде ауырсыну (при пальпации болезненна)

Консистенция:

жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная) қалың эластикалы (плотная эластичная)

Өт қабығы (Желчный пузырь): қабықты симптом (пузырные симптомы)

теріс (отрицательные);

о н _____ (п о л о ж и т е л ь н ы е) _____

Көкбауыр (Селезенка):

ұлғайған (увеличена) _____

*

_____ см. _____

пальпация кезінде ауырсыну(припальпации болезненна)

Консистенция:

жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)

қалың эластикалы (плотная эластичная)

Дәрегі (Стул):

диарея;

іш қату (запоры);

қара майлы нәжіс (дегтеобразный стул);

Басқа (Другое):

З ә р ш ы ғ а р у ж ү й е с і
(мочевыделительная система)

ЗШЖ ақаусыз (зәр шығаруы еркін, түсі мөлдір, соққылау симптомы теріс)

МВС без патологии (мочеиспускание свободное, цвет мочи прозрачный, симптом поколачивания отрицательный)

Зәр шығаруы (Мочеиспускание):

дизурия

ауырсынусыз (безболезненное);

ауырсынумен (болезненное)

зәр ұстамауы бар (есть недержание мочи)

б а с қ а (д р .) _____

Зәр түсі (Цвет мочи):

лайланған (мутная);

концентрленген (концентрированная);

тұнбасымен (с осадком);

гематурия;

б а с қ а (д р .) _____

Оң соққылау симптомы (Симптом поколачивания положительный)

оң (справа)

сол (слева)

е к і ж а қ т а (с о б е и х с т о р о н)

Бүйрек, қуық, несеппағар нүктелерінің пальпациясы (Пальпация почек, моч.пузыря, мочеточниковых точек):

өткізілмеді (не проводилась)

ауырсынусыз (без боли);

а у ы р с ы н у ы м е н (б о л е з н е н н а) :

Басқа (Другое):

S t a t u s g e n i t a l i s

(Акушерлік статус/Акушерский статус)



қажеттілігі бойынша (по необходимости)

Жатыр түбі биіктігі (Высота ДнаМатки): _____ см. Пікіріңіз (Комментарии): _____

Іші (Живот)

овоидты (овоидной);

дөңгелек (округлой);

б а с қ а (д р .) _____ ф о р м а л ы (ф о р м ы)

Жатыр тонусы (Тонус матки):

қалыпты (норма);

толғақты (схватки) _____

Ұрық орналасуы (Положение плода):

бойлық (продольное);

қиғаш (косое);

көлденең (поперечное);

Келе жатқан бөлігі (Предлежащая часть): _____

Ұрық жүрек соғысы (Сердцебиение плода):

айқын (ясное);

тұйық (приглушенное);

қатаң (глухое);

жок (отсутствует);

ырғақты (ритмичное);

ы р ғ а қ т ы

е м е с

(н е р и т м и ч н о е)

Ұрық қозғалысы (Шевеление плода):

белсенді (активное);

әлсіз (слабое);

жок (отсутствует)

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы):

өзгеріссіз (без изменений);

өзгерген

(изменены): -----

Айнамен қарау (Осмотр в зеркалах):

ө т к і з і л м е г е н

(н е

п р о в о д и л с я)

Шырыштары (Слизистая)

қалыпты (норма);

баска

(др.)

Жатыр мойны (Шейка матки)

эрозияланған (эрозирована);

эрозияланбаған (не эрозирована);

б а с қ а

(д р .) -----

Бөлінділер (Выделения)

шырыш (слизистые)

ақ етеккір (бели)

сулы (водянистые)

қанды (кровянистые)

б а с қ а

(д р .) -----

PV:Қынап (Влагалище)

туғандікі (рожавшей);

тумағандікі (нерожавшей);

өзгерістер (изменения): _____
Жатыр мойны (Шейка матки)

сақталған (сохранена);

жұмсарған (размягчена);

қысқарған (укорочена);

тегістелген (сглажена);
Жатыр аузының ашылуы (Открытие маточного зева на) _____ см.
Жатыр мойнының орналасуы (Шейка матки расположена):

артында (кзади);

алдында (кпереди)

жамбастың өткізілген осімен (по проводной оси таза)
Жатыр мойнының ұзындығы (Длина шейки матки): _____ см.

Цервикальді өзек (Цервикальный канал):

жабық (сомкнут);

өткізіледі (проходим) _____ см.

Ұрық көпіршігі (Плодный пузырь):

тұтас (цел);

анықталмайды (не определяется)

Келетін бөлігі (Предлежащая часть):

бас (головка);

жамбас (тазовый конец)

басқа (др.): _____

Statuslocalis



қажеттілігі бойынша (по необходимости)

З е р т т е у н ە т и ж е л е р і
(результаты обследования)

Қан (Кровь):

Науқастың ауруханадан шығуы (аударымы) кезіндегі жағдайы (Состояние пациента при выписке (при переводе)) _____

Телемедицина:

өткізілмеді (не проведена);

өткізілді

(проведена)

Өткізілген болса, қай мекемемен? (Если проведена, то с какой организацией?) _____

Қандай мамандармен? (с какими специалистами?) _____

Телемедицина қорытындысы (Заключение телемедицины): _____

Өтінім мақсаты (Цель заявки):

Консультация;

Операция;

Биоматериал

тасымалдау

(Транспортировка биоматериалов);

Науқас тасымалдау (Транспортировка пациента)

Ұшақпен/тікұшақпен тасымалдауға науқастың немесе туысының ақпараттандырылған келісімі алынды (Информированное согласие пациента или родственника/опекуна на транспортировку воздушным судном взято):

ия (да);

ж о қ

(нет)

Өтінім негіздемесі (Обоснование заявки): _____

Дәрігердің тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы врача): _____ Қолы (

Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер): _____

Мекеме басшысының тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы руководителя организации): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер): _____

Мекеме мөрінің орны

(Место печати организации)

(при наличии/ болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 9-қосымша

А4 форматы Формат А4	Б С Н б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 029-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 029-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы Журнал учета разведенных цитостатиков 20 __ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат) 20 __ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

Цитостатикті ерітуге берілген күні / дата выдачи	Берген тұлғаның аты-жөні (болған жағдайда), қолы/ФИО (при его	Ерітілген күні/	Цитостатикті ерітуге жіберген бөлімшенің атауы/ наименования отделений	Шығын (мг, құты/ амп. саны)/ расход (мг,	Цитостатиктің жалпы қалдығы/ общий	Жойылатын қалдықтың өлшері (мг, құты/амп. саны) / д о з а утилизируемого	Құтының, ампуланы ашылған уақыты, цитостати нұсқаулы бойыншас: уақыты ж температура у р е м я
--	--	-----------------	--	---	------------------------------------	--	---

цитостатика д л я разведения	наличии) и подпись выдавшего лица	Саны / колво	д а т а разведения	направивших заявки на разведение цитостатика	количество во флаконе /ампуле)	остаток цитостатика	остатка (мг, количество во флаконе/ампуле)	вскрытия флакона/ ампулы, с _т температу хранения остатка цитостати инструкци
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге толтырылған өтінімдерді тіркеу Журналы Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении Отделение _____
20 __ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат) 20 __ жылғы (года) " _
__ " _____ аяқталды (окончен)

№ п/ п	Күні / дата	Өтінім №/ № заявки	Бөлімше / отделение	Науқастың ауру тарихының №/ № истории болезни пациента	Науқастың аты-жөні/ Ф И О пациента (болған жағдайда), колы/при его наличии)	Емдеуші дәрігердің аты-жөні/ ФИО лечащего врача(болған жағдайда) , колы/при его наличии)	Тағайындалған цитостатиктің атауы (халықаралық патенттелмеген атауы), мөлшері (/ Наименование назначаемого цитостатика (международное непатентованное наименование), доза
1	2	3	4	5	6	7	8

Цитостатикалық дәрілік заттарды орталықтандырылған еріту кабинеті
 медицина

қызметкерлері № 2;3;4 ұяшықтары нтолтырады. Бас мейірбике клиникалық
 бөлімшеден

дәрігерлердің барлық өтініштерін жинайды, клиникалық бөлімшеде
 цитостатиктерді ерітуге

өтініштер үшін тіркеу журналында тіркейді (клиникалық бөлімшенің бас
 мейірбикесі № 4

ұяшықтан басқа барлық ұяшықтарды толтырады, № 3 ұяшық еріткеннен
 кейін толтырылады)

және цитостатиктерді тіркеу орталықтандырған кабинетке тапсырады

Медицинские работники кабинета централизованного разведения
 цитостатических

лекарственных средств заполняют ячейки № 2;3;4. Старшая медицинская
 сестра клинического

подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале

регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении (ст. медсестра

клинического подразделения заполняет все ячейки кроме № 4, ячейка № 3 заполняется после

разведения) и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 10-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы.

Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толықтай)

Ф. И.О. (при его наличии) (полностью) _____

2. Жынысы/Пол _____

3. Туған күні /Дата рождения (дд/мм/гг) _____

4. ЖСН/ИИН _____

5. Шығарылған ел/Страна происхождения _____

6. Қазақстан Республикасына соңғы келген күні/Дата последнего въезда в Республику Казахстан

7. Қазақстан Республикасына кіретін мақсаты/Цель въезда в Республику Казахстан

8. Мекен жайы/Адрес проживания _____

9. Байланыс телефоны/Контактный телефон _____

(Т.А.Ә.(болған жағдайда) және жіберу маман лауазымы/ Ф.И.О.(при его наличии) и
должность направившего специалиста)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 11-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

Қазақстан
Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі
Министерство
здравоохранения
Республики Казахстан

	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 051-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 051-1 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии

1. Сәулелендіру терапиясы аппаратында науқастарды сәулелендірудің тіркеу журналы/Журнал регистрации облучения больных на аппарате лучевой терапии

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	ID код 2)	Бөлімше	Жергілікті оқшаулау	Сәулелену түрі 3)	Аландар саны	Дәрігер	Ауысым Мейірбих
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинской карты стационарного больного	ID код 2)	Отделение	Локализация	В и д излучения ³⁾	Количество полей	Врач	Медицин сестра см

Ескерту/Примечания:

1) Мұқаба мен негізгі бетінде аппараттың түрі көрсетіледі, мысалы: TrueBeam сызықтық үдеткіші, Teragam гамма-аппараты, Gamma Med. брахитерапевтикалық аппараты, Gulmay рентгенотерапевтикалық аппараты/На обложке и титульном листе указывается тип аппарата, например: линейный ускоритель TrueBeam, гамма-аппарат Teragam, брахитерапевтический аппарат GammaMed. рентгенотерапевтический аппарат Gulmay.

2) Науқастардың электронды ақпараттық жүйесін тіркелген жағдайда науқастың ID коды жазылады/ID код больного записывается при наличии электронной информационной системы регистрации больных.

3) Гамма-терапевтикалық және рентгенотерапевтикалық аппараттар үшін, сонымен қатар сәулелендірудің бір түрі ғана бар үдеткіші үшін "Сәулелендіру түрі" бағанын қоспаса болады/Для гамма-терапевтических и рентгенотерапевтических аппаратов, а также ускорителей с одним видом излучения графу "Вид излучения" можно не включать.

Науқастың нөмірі сол күні жүргізіледі/Нумерация больных ведется за текущий день.

2. Сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналы/Журнал регистрации планов лучевой терапии

Мерзімі	Науқастың аты жөні ()	Науқастың аты жөні ()	Стационарлық науқастың медициналық	Бөлімше	Аппарат
---------	------------------------	------------------------	------------------------------------	---------	---------

№ №	болған жағдайда)	болған жағдайда)	ID код	картасының №	Жергілікті оқшаулау	Метод ЛТ ¹⁾	Аландар саны	Апп , РО,		
№ №	Дата	Фамилия больного(при его наличии)	Фамилия больного (ID код	№ медицинской карты стационарного больного	Отделение	Локализация	Аппарат	Метод ЛТ ¹⁾	Количество полей	Апп , РО,

Ескерту/Примечания:

1) "Тәсіл" бағанында жоғарытехнологиялық терапияның тәсілі көрсетіледі: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS./ В графе "Метод" указывается метод высокотехнологичной терапии: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS.

2) Брахитерапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады/ Заполняется при планировании брахитерапии

3) Жоғарытехнологиялық терапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады: IMRT, RapidArc, SRS. Үдеткіште дозиметриялық верификация жоспарының әдісі мен нәтижесі көрсетіледі/ Заполняется при планировании высокотехнологичной терапии: IMRT, RapidArc, SRS. Указывается метод и результат дозиметрической верификации плана на ускорителе.

4) ФИО медицинского физика.

3. Алдын-ала сәулелік топомерикалық дайындықтан өткен (центрация) науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных, прошедших предлучевую топометрическую подготовку (центрацию)

№ №	Мерзімі	Науқастың жөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Диагноз	Бірінші./ екінші	Аппарат	Дәрігер консультант	Сәул тера
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинская карта стац. больного	Отделение	Диагноз	Первичный / повторный	Аппарат	В р а ч консультант	Вра луче тера

Ескерту/ Примечания:

Егер алдын-ала сәулулік дайындықты топомерист-дәрігер өткізсе, қосымша бағананы енгізу керек/ Если предлучевую подготовку проводит врач-топомерист, то необходимо вставить дополнительную графу.

Негіздеме. Сәулелендіру терапиясын өткізу барысы негізгі үш кезеңнен тұрады: алдын-ала сәулелік топомериялық дайындық, сәулелендіру терапиясы дозиметриялық жоспарды есептеу, сәулелендіру терапиясы аппаратында сәулелендіру орындау. Жоғарыда берілген үлгісі бар әрбір кезең үшін жеке тіркеу журналдары жүргізілуі тиіс. Аппараттарда науқастарды сәулелендіруді тіркеу журналы мен сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналын жүргізу " Қазақстан Республикасы халқына онкологиялық көмек көрсетуін ұйымдастыру

стандартынан" тапсырыс берілді, №452, 02 тамыз 2013ж. ҚР Денсаулық сақтау Министрлігімен бекітілді.

Сәулелендіру терапиясы белгеленген науқастарға алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындықты өткізу есебі үшін және сәулелендіру терапиясын жоспарлау бойынша жұмыс есебі үшін бөлек журналдар болуы тиіс, себебі бұл әр түрлі персоналды бар екі бөлек жұмыс түрі. Алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындық топометрия (центрация) кабинеттерінде рентгендік симуляторлар мен компьютерлік томографтарда жүргізіледі. Жүргізуде дәрігерлер мен мейірбикелер қатысады. Сәулелендіру терапиясының есептеу жоспарларын медициналық физиктер жоспарлаудың компьютерлік жүйелерінде немесе қолдан есептеу жасайды. Жоспарлау деректерін медициналық физиктер жоспарларды тіркеу журналына енгізеді. Сәулелендіру терапиясының қандай әдісі қолданылды, сәулелендіру терапиясының кез-келген түрін өткізу бойынша есеп пен алдағы статистика үшін тіркеу жасау өте маңызды. Модульдік қарқындылығы бар сәулелендіру терапиясын және стереотаксикалық сәулелендіру терапиясын (IMRT, RapidArc, SRS) өткізу барысында жоспардың дозиметриялық верификациясын жүргізу маңызды. Оны да медициналық физиктер жүргізіп журналға тіркейді. Журналда керекті деректерді тіркеу үшін сәйкес бағаналар қарастырылады.

Обоснование. Процесс проведения лучевой терапии складывается из трех основных этапов: предлучевая топометрическая подготовка, расчет дозиметрического плана лучевой терапии, выполнение облучения на аппаратах лучевой терапии. Для каждого этапа должны вестись свои регистрационные журналы, формы которых предложены выше. Ведение журналов регистрации облучения больных на аппаратах и журналов регистрации планов лучевой терапии предписано "Стандартом организации оказания онкологической помощи населению республики Казахстан", утв. приказом МЗ РК от 02 августа 2013 г., № 452.

Для учета проведения предлучевой топометрической подготовки больным, которым назначена лучевая терапия, и учета работы по планированию лучевой терапии должны быть отдельные журналы, так как это различные виды работ, в которых занят различный персонал. Предлучевая топометрическая подготовка проводится в кабинетах топометрии (центрации) на рентгеновских симуляторах и компьютерных томографах, в проведении участвуют врачи и медсестры. Расчет планов лучевой терапии выполняют медицинские физики на компьютеризованных системах планирования или ручным расчетом, данные планирования физики вносят в журнал регистрации планов. Для дальнейшей статистики и отчетов по проведению различных видов лучевой терапии важно регистрировать, какой метод лучевой терапии используется. При проведении

лучевой терапии с модулированной интенсивностью и стереотаксической лучевой терапии (IMRT, RapidArc, SRS) обязательно проведение дозиметрической верификации планов, которую проводят и регистрируют в журнале также медицинские физики. Для регистрации необходимых данных в журнале предусмотрены соответствующие графы.

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау
 министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 2-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 12-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 088-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Пациенті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының

медициналық бөлігі

20__ жылғы " __ " _____ № _____

Медицинская часть

индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида

1). Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

 Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2) ЖСН/ИИН _____

3) Туған күні _____ жылы _____

Дата рождения

4) Мекенжайы, үй телефоны _____

Адрес, домашний телефон

5) ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету) (керекті асты сызылсын)

ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужное подчеркнуть)

6) Мүгедектік санаты (болған кезде) _____

Категория инвалидности (при наличии)

7) Оңалту диагноз _____

Реабилитационный диагноз

8) Аурулардың халықаралық жіктемесі (бұдан әрі АХЖ-10) бойынша шифр _

Шифр по Международной классификации болезней (далее МКБ-10

9) Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (керекті асты сызылсын):

Этап и объем медицинской реабилитации (нужно подчеркнуть)

10) кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық

кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі)

оңалту үшін, екінші кезең – "Оңалту II А", "Оңалту II Б", үшінші кезең – "Амбулаторлық

оңалту II", қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)

(этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического,

кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического

профилей) второй этап - "Реабилитация II А", "Реабилитация II Б", третий этап –

"Амбулаторная реабилитация II", дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и

детей), повторная (для детей))

11) кезең – басқа бейіндегі науқастарды оңалту үшін екінші кезең (стационарлық),

үшінші кезең (амбулаториялық)

(этап - для реабилитации больных других профилей второй этап (стационарный),

третий этап (амбулаторный))

12) Білімі _____

Образование

13) Кәсібі (мамандығы) _____

Профессия (специальность) _____

14) Оңалту-сараптамалық қорытынды:

Реабилитационно-экспертное заключение:

15) басқа бейіндер үшін оңалту болжамы (қолайлы, тиісінше қолайлы, күмәнді, қолайсыз

(асты сызылсын);

(для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно

благоприятный, сомнительный, неблагоприятный (подчеркнуть));

оңалту әлеуеті: жоғары, қанағаттанарлық, төмен, оңалту әлеуетінің болмауы (асты сызылсын);

(реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие

реабилитационного потенциала (подчеркнуть));

16) оңалту болжамы және оңалту әлеуеті аурулар (неврологиялық және нейрохирургиялық,

кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндер)

үшін халықаралық критерийлерге сәйкес

(для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического

и

кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей)

реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	Бейіндер Профили	Оңалтуға дейін До реабилитации	Оңалтудан кейін После реабилитации	Нәтижелерді бағалау Оценка результатов
1.	Неврология, нейрохирургия Неврология, нейрохирургия			

2.	Кардиология, кардиохирургия Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травмотология, ортопедия Травмотология, ортопедия			

17) Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар

*

Мероприятия по медицинской реабилитации

*

р / с	Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар мен қызметтер Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации	Медициналық оңалту мерзімдері Сроки медицинской реабилитации	Орындалғаны туралы белгі (+, -) Отметка об исполнении (+, -)	Орындамау себебінің негіздемесі Обоснование причины не выполнения
		Медициналық оңалту күні, ұзақтығы, жүргізген ұйым (көрсетілсін) Дата, длительность, организация проведения медицинской реабилитации (указать)		
1	Дәрі-дәрмекті терапия Медикаментозная терапия физикалық оңалту Физическая реабилитация Физиотерапия Физиотерапия Психотүзету Психокоррекция Эрготерапия Эрготерапия Әлеуметтік қызметкер консультациясы Консультация социального работника Пациентті оқыту Обучение пациента			
2	Реконструктивті хирургия Реконструктивная хирургия			
3	Қосымша қызметтер (енгізу керек) Дополнительные услуги (вписать)			

Ескертпе:

*

- мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы толтырады

Примечание:

*

- заполняет профильный специалист мультидисциплинарной команды

18) Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша ұсыным

*

Рекомендации по медико-социальной реабилитации

*

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар Мероприятия, услуги, технические средства	Өткізу мерзімдері (іске асыратын ай және жыл) Сроки проведения (месяц и год реализации)	Пациент мұқтаж ететін нақты түрлері Конкретные виды, в которых нуждается пациент
Протездеу және ортездеу Протезирование и ортезирование		
Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
Санаторлық емдеу (бейіні көрсетілсін) Санаторное лечение (указать профиль)		
Пациентті үй жағдайларында оңалту әдістеріне оқыту Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
Басқалары Другие		

Ескертпе:

*

- мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы/медициналық реабилитолог толтырады

Примечание:

*

- заполняет профильный специалист/медицинский реабилитолог мультидисциплинарной команды

19) Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (кажетінің асты сызылсын):

(Оценка результатов медицинской реабилитации (нужное подчеркнуть)):

20) бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған

функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), алынған нәтижелердің негізінде оң

нәтиженің болмауы (восстановление нарушенных функций (полное или частичное),

компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного

результата) на основании полученных результатов

Күні 20 __ жылғы " ____ " _____

Дата

МДТ басшысының электрондық цифрлық қолтаңбасымен (бұдан әрі ЭЦҚ)
қуәландырылды

Удостоверено электронная цифровая подпись (далее ЭЦП) руководителем
МДК (Тегі, аты,
әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его
наличии))

или дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ-сымен
қуәландырылды

Удостоверено ЭЦП председателя врачебно-консультационная комиссия
(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)
/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

21) ОЖБ медициналық бөлігін іске асырудың нәтижелерін бағалау (асты
сызылсын):

бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара),

бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), оң
нәтиженің болмауы

(Оценка результатов реализации медицинской части индивидуальная
программа

реабилитации (ИПР) (подчеркнуть):

восстановление нарушенных функций (полное или частичное),

компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие
положительного

результата).

Медициналық-әлеуметтік сараптама (МӘС) бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен
қуәландырылды

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела Медико-социальная экспертиза ((МСЭ)

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)

/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электрондық түрде толтырылады.

ОЖБ медициналық бөлігін электрондық түрде толтыру кезінде автоматтандырылған режимде

ақпараттық жүйеде қалыптастырылатын бірегей нөмір беріледі.

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде.

Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется

информационной системой в автоматизированном режиме.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 13-қосымша

А4 форматы Формат А4	Б С Н б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 090-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ағзалар (ағзалардың бөліктері) реципиенті туралы хабарлама

Извещение о реципиенте органа (части органа)

Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)

Регистрационный медицинский номер (РМН)

Мәлімдеме (Извещение направлено в) _____

_____)

(облыстар, Астана және Алматы ққ.Денсаулық сақтау басқармаларының атауларын көрсету)

(указать наименование Управления здравоохранения области, гг. Астаны и Алматы)

1) Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

2) Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

сериясы (серия) _____, № _____

3) Туған күні (Дата рождения): / ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж (чч/мм/тггг)

4) Толық жасы (Возраст полных лет) ____ 05. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской), 2 –

әйел(женский)

6) Ұлты (Национальность) _____

7) Тұрғыны (Житель): 1– қаланың (города), 2 – ауылдың (села).

8) Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): _____

_____ облысы

(область), ауданы (район) _____, елді мекен (населенный пункт)

_____ көше (улица) _____, № ____ үй (дом), № _____

пәтер (квартира), телефон _____

9) Кәсібі (Профессия): _____

10) Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): 1-қызметкер (служащий); 2-жұмысшы

(рабочий); 3-ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства); зейнеткер

(пенсионер); 5-оқушы (учащийся); 6-үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); 7-жеке

шаруамен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); 8-табынушы

(служитель культа); 9-жұмыссыз (безработный); 10-басқа (иное).

11) Ағзаны (ағза бөлігін) транспланттау жасалған күні) (Дата выполнения трансплантации

органа (части органа):

/ ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж(чч/мм/тггг)

12) Диагнозы қойылған күн (Шығарылған күні): (Дата выписки):/___/___/___
кк/аа/жжжжж

(чч/мм/гггг)

13) Диагнозы: _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

14) Мәлімдеме толтырылды (Извещение заполнено в): _____ (наименование

центра трансплантации, адрес, телефон заведующего отделением трансплантологии).

15) Науқас қайда жіберілді (Куда направлен больной): _____ (наименование

первичной медико-санитарной помощи по месту прикрепления, адрес) (далее ПМСП)

16) (Дата заполнения извещения):/___/___/___ кк/аа/жжжжж

(чч/мм/гггг). 17 М.П. Центра трансплантации.

18) Мәлімдемені толтырған дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда)қолы мен жеке мөрі (ФИО, (при

его наличии)

подпись заведующего отделением трансплантологии или лица, его заменяющего, ФИО (при

его наличии)и подпись лечащего врача, заполнившего извещение)

М.П. (болған жағдайда/при его наличии)

Инструкция по заполнению извещения.

1) Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в Управление

здравоохранения области, гг. Астаны и Алматы, где проживает реципиент органа (части

органа).

2) Далее главный специалист Управления здравоохранения, в течении 1 рабочего дня,

отправляет извещение в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента.

3) Извещение составляется лечащим врачом – трансплантологом центра трансплантации и

заверяется печатью центра.

4) п.п.1-6 заполняются в соответствии с документом, удостоверяющем личность.

- 5) п.11 проставляется дата проведения трансплантации органа (части органа).
- 6) п.12 проставляется дата выписки из Центра трансплантации.
- 7) п.13 указывается диагноз в соответствии с кодом международной классификации болезней
(далее МКБ-10).
- 8) п.14 указывается полное наименование Центра трансплантации, адрес и телефон
заведующего отделением трансплантологии.
- 9) п.15 указывается полное наименование организации ПМСП и адрес.
- 10) п.16 проставляется дата заполнения извещения.
- 11) п.17 ставится печать Центра трансплантации.
- 12) п.18 указывается полностью ФИО, подпись заведующего отделением трансплантологии
или лица, его заменяющего, ФИО и подпись лечащего врача, заполнившего извещение.

Мәлімдеме толтыру бойынша нұсқау.

- 1) Мәлімдеме ағза (ағза бөлігінің) реципиентінің тұратын орны бойынша, облыстар, Астана
мен Алматы қк. Денсаулық сақтау басқармаларында толтырылғаннан кейін
үш күндік
мерзімде жіберіледі.
- 2) Әрі қарай Денсаулық сақтау басқармасының бас маманы, 1 жұмыс күн
ішінде пациенттің
тіркелген орны бойынша МСАК ұйымына мәлімдеме жібереді.
- 3) Мәлімдеме емдеуші дәрігермен – транспланттау орталығының
трансплантологымен
толтырылады және орталықтың мөрімен расталады.
- 4) 1-6 т.т. тиісті құжат, жеке куәлікпен толтырылады.
- 5) 11 т.ағзаны (ағза бөлігін) транспланттау жасалатын күні қойылады.
- 6) 12 т.транспланттау орталығыныңшыққан күні қойылады.
- 7) 13 т. аурулардың халықаралық жіктемесі диагноз кодына сәйкес
көрсетіледі (бұдан әрі
АХЖ-10)
- 8) 14 т. Транспланттау орталығының толық атауы, мекенжайы және
трансплантология
бөлімшесі меңгерушісінің телефоны көрсетіледі.
- 9) 15 т. МСАК ұйымының толық атауы және мекенжайы көрсетіледі.
- 10) 16 т. Мәлімдемені толтыру күні көрсетіледі.
- 11) 17 т. Транспланттау орталығының мөрі қойылады.

12) 18 т. Мәлімдемені толтырған Трансплантология бөлімшесі меңгерушісінің толық

ТАӘ (болған жағдайда) немесе оның ауыстыратын тұлғаның толық ТАӘ (болған жағдайда)

көрсетіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 14-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____	А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды ____ _ _ _ _ Код организации по БИН ____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Анықтаманың бақылау талоны
Контрольный талон к справке
№ _____
Берілген күні (Дата выдачи) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған)

жағдайда)/
Фамилия, имя,
отчество (при
его наличии)_____

ЖСН/ИИН _____ Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _____

_____ а н ы қ т а м а _____

_____ С п р а в к а _____ № _____

_____ о _____ временной _____ нетрудоспособ

Туған күні (Босату себептері: 1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда ө
Дата рождения санаторийлық-курорттық ұйымдарда емді аяқтау, 4. ұлды (қызды) асырап алу, 5. сырқаттанған
) _____ күтім жасау бойынша, 6. карантиндық, 7. ауысымның соңына дейін еңбекке жарамсыздық белгілеу

_____ кезде (кәсіпорындардың және ұйымдардың медициналық пунктерінің медицина қызметкерлері
Кызмет, жұмыс (к е р е г і н ің _____ а с т ы н _____ с ы з ы ң ы з)
орны (Место

службы, Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопеди
работы) _____ усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за больным родственни

_____ карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медици
работниками медицинских пунктов предприятий и организаци
(н у ж н о е _____ п о д ч е р к н ы

_____ Берілген күні (Дата выдачи) 20____жылғы (года) "____" _____

_____ Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его нал

_____ _____

_____ ЖСН/ИИН _____

_____ Туған күні (Дата рождения) _____

Ауру диагнозы ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____

(босату басқа Науқастың мекенжайы (Адрес больного): облысы (область) _____
себептері) (елді мекен (населенный пункт) _____

Диагноз Ауданы (район) _____ көшесі (орамы) (улица _____

заболевания (дом №) _____ корпус _____ пәтер (квартира) № _____

прочие Кызмет, жұмыс орны (Место службы, работы) _____

причины _____

освобождения) Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

) _____ Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)) _____

_____ _____

_____ Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқас

_____ (Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)) _____

_____ _____

_____ астын _____ сызыңыз, _____ жазыңыз _____ (подчеркнуть, _____ в

_____ _____

_____ Жұмыстан босатылуы (освобождение от работы) _____

_____	қ а й _____	қ а й _____ күн _____	_____	дәрігердің _____	Дәрігерлік консультац
Босатылды (_____	күннен _____	аралығында _____	дәрігердің лауазымы мен тегі _____	қ о л ы _____	комиссия (ДКК) төраға
Освобожден) _____	бастап _____	по какое число (_____	должность и фамилия врача _____	п о д п и с ь _____	қ о л ы _____
бастап (с) _____	с какого _____	включительно) _____	_____	врача _____	подпись председате
_____ (по) _____	числа _____	_____	_____	_____	врачебно-консультацион
_____	_____	_____	_____	_____	комиссии (ВКК) _____

аралығында Босатылуы ұзартылды (	айы, (число,	күні, месяц,	жылы год)	айы, (число,	күні месяц	жа про
Освобождение продлено): бастап (с)	айы, (число,	күні, месяц,	жылы год)	айы, (число,	күні месяц	жазбаша про
_____ (по)	айы, (число,	күні, месяц,	жылы год)	айы, (число,	күні месяц	жазбаша прописью)
_____	Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе)			(с) 20_____	жылғы (года)	_____
_____	Ұ й ы м н ы ң			м		
аралығында Анықтаманы берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдающего справку)_____	П е ч а т ь			о р г а н и з		
-----	(болған жағдайда /при наличии/)					

Ескерту (Примечание): Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет (Контрольные талоны служат для учета выданных справок).						

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 15-қосымша

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство		

здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 135/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 _____

Медициналық араласушылықтарды жүргізу кезіндегі

апаттық жағдайларды тіркеу журналы

Журнал регистрации аварийных ситуаций

при проведении медицинских манипуляций

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

№	Жарақат алған адамның хабарлама берген күні, уақыты Дата, время обращения пострадавшего	Жарақат алған адам жөнінде мағлұмат кабылдаған қызметкер Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (Ф.И.О., должность)	Апаттық жағдай нәтижесінде жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации				Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат Данные об аварийной ситуации		
			Аты, жөні, тегі (болған жағдайда)	ЖСН / ИИН	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы, тел (үй, ұялы) Домашний адрес, тел. (дом., моб.)	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Апаттық жағдай болған күні, уақыты Дата, время аварии	Апаттық жағдайдың сипаттамасы, жүргізілген шаралар Обстоятельства, что сделано
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

продолжение таблицы

Болжалды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу) Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на	Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего			В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначению)	Ескерту Примечания
	Апат жағдайында	Бір айдан	Үш айдан кейін			

ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	При аварийной ситуации	кейін Через один месяц.	Через три месяца			
11	12	13	14	15	16	17

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ
Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

Ықтималды жұқпаланған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

ТАӘ ФИО ЖСН/ИИН:	(болған при его наличии):	жағдайда) Жұмыс мекенжайы: Адрес (домашний): Үй мекенжайы:
Дата рождения: Туған жылы:	П о л л : Жынысы:	Должность: Лауазымы: Стаж работы: Еңбек өтілі:
Дата/время контакта: Байланыс күні/уақыты:	Г д е п р о и з о ш е л к о н т а к т : Байланыс қайда болды:	
Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание): Байланыс сипаты (мысалы, инемен шаншу, жаралану, шашырау)		
Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошел контакт: Орындалған қимылдың толық сипаттамасын көрсеткенде, байланыс қашан және қалай болды.		
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта Байланыс туралы толық мәліметтер, биологиялық сұйықтық түрі және мөлшері немесе материалы, байланыстың қарқындылығы және зақымданудың тереңдігі.		
Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт: Емделушінің биологиялық сұйықтармен байланыс болғаны туралы мәлімет: М а т е р и а л с о д е р ж а л : М а т е р и а л қ а м т ы л ғ а н : В Г В В В Г		Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту: Байланысқа ұшыраған, медицина қызметкері туралы мәлімет: Инфицирован: Жұқпалы аурулы: В Г В В В Г

<p>В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С : Если пациент ВИЧ-инфицирован: Егер пациент ЖИТС жұқтырған болса: Стадия за болевания : А у р у с а т ы с ы : Вирусная нагрузка : Вирустык жүктеме : Сведения о б А Р Т : АРТ туралы мәлімет : Резистентность к А Р Т : Проведено до тестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:</p>	<p>В Г С : С В Г В И Ч : Ж И Т С : Сопутствующие заболевания: Қосалқы аурулар: Вакцинация против гепатита В : В гепатитіне қарсы вакцина : Поствакцинальный иммунитет: Поствакциналды иммунитет : Проведено дотестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:</p>	<p>Результаты исследований: Тексеру нәтижесі: В Г В В В Г В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С : Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Направления: Жолдама:</p>
<p>Результаты исследований: Тексеру нәтижесі: В Г В В В Г В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С : Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Направления : Жолдама:</p>	<p>Результаты исследований: Тексеру нәтижесі: В Г В В В Г В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С : Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Направления: Жолдама:</p>	<p>Предложена постконтактная профилактика: Постконтактты алдын алу шарасы ұсынылды: Получено информированное согласие : Ақпараттық келісім алынды: Препараты: Препараттар:</p>
<p>Обследования после контакта : Байланыстан кейінгі тексерілу:</p>	<p>Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы Лейкоциттер формуласын есептеумен қанның жалпы талдауы</p>	
<p>1 - я неделя 1-ші апта</p>		
<p>2 - я неделя 2-ші апта</p>		
<p>3 - я неделя 3-ші апта</p>		

4 - я 4-ші апта	неделя	
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: АИТВ-ға қарсы денелерді тестілеу қорытындысы:		
1	м е с я ц	
1	а й	
3	м е с я ц а	
3 ай		
Подпись / Печать Қолы/Мөр		Дата : Күні:

Сроки начала химиопрофилактики (дата, время) Химиялық алдын алу шарасы басталу мерзімі (күні, уақыты)	Схема терапии Терапия схемасы	Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время) Химиялық алдын алу шарасы аяқталу мерзімі (күні, уақыты)	Приверженность Бейілділік

Печать МО

(при его наличии)

Мөрі МҰ

(болған жағдайда)

Дата заполнения " _____ " _____ 2015г.

Толтырған күні " _____ " _____ 2015ж.

Подписи представителей администрации МО

МҰ әкімшілігі өкілдерінің қолы

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ
Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге ақпаратты келісімбланкі

Бланк информированного согласия на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған препараттарды: _____ ұсынымдарға негізделген _____ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану қажеттігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____ предназначены для _____ постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях _____

и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны туралы

хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее

100%.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы, әлсіздік,

жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том

числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы, маған

жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару керектігі туралы

хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов на 28

дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для

обследования и лечения.

Күні (Дата) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау

министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына 2-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің

2017 жылғы 24 наурыздағы

№ 92 бұйрығына 16-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 136 /е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 136/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ-инфекциясына қан алуды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета забора крови на ВИЧ – инфекцию

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

Р/ с № № п/ п	Алынған күні Дата забора крови	ТАӘ (болған жағдайда) ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Азаматтығы Гражданство	Коды Код	Диагнозы Диагноз	Мекен-жайы Домашний адрес	Зертханадағы тіркеу № Регистрационный № в лаборатории	Т. н: Р. оф

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы

Учетная карта специалиста, занимающегося научной, научно-педагогической, руководящей работой в здравоохранении для централизованного автоматизированного учета

ЖСН/ИНН

□□□□□□□□□□

І І І І І І І І І І

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

диплом №

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

№ диплома

Ұйымның орналасқан жері (обл., қала, аудан, ауыл)

Местонахождение организации (обл., город, район, село)

Ұйым атауы

Наименование организации

Факультет (Жоғары оқу орны, Дәрігерлер білімін жетілдіру институты, бұдан әрі ЖОО, ДЖИ)

Факультет (Высшего учебного заведения, Институт усовершенствования врачей, далее ВУЗ,

ИУВа)

1) Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год), пол

2) Туылған жері/Место рождения _____

(страна, в Казахстане область, обл.центр)

3) Ұлты/Национальность _____

4) ЖОО, бітірген жыл/ВУЗ, год окончания _____

5) Факультеті/Факультет _____

6) Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому _____

__ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7) Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

8) Қызметі/ Занимаемая должность _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

9) Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий медицинский

(фармацевтический) стаж с _____ г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____ лет

10) Педагогикалық (ғылыми) өтілі _____ ж./ Педагогический (научный) стаж с

_____ Г.

Педагогикалық (ғылыми) өтіл үзілісі _____ ЖЫЛ

Перерыв педагогич. (научного) стажа составил _____ лет

11) Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень,

специальность _____

_____ ж./ _____ Г.

12) Осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию “ _____ ” _____

_____ ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс

бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение

молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор

(контракт) _____

13) Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

14) Мамандығы бойынша аспирантураны бітірді/Окончил аспирантуру по специальности _____

_____ в _____ ж./г.

15) Мамандығы бойынша докторантураны бітірді/Окончил докторантуру по специальности _____ в _____ ж./г.

16) Ординатура/ Ординатура	Мамандығы/Специальность	Жылы/Год

17) Мамандығы/ Специализация	Мамандығы/Специальность	Жылы/Год

18) Жетілдіру / Усовершенствование

Түрі/Вид	Жылы/Год	Мамандығы/Специальность

19) Аттестаттау:/Аттестация:

I. Біліктілік санатын тағайындау үшін/На присвоение квалификационной категории

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

19) Ғылыми атақ/Ученое звание. Ғылым саласы/Отрасль науки.

_____ ж. _____ г.

20) Мамандандыру саласы (облыстық ғылыми және ұйымдастырушылық-басшылық қызметте)/Профиль специализации (в обл.научной и организационно-руководящей деятельности):

21) Жарияланым саны/Количество публикаций: а) барлығы/всего: _____, оның ішінде/в т.ч. республикалық баспада/в республиканской печати _____, ТМД/СНГ _____, халықаралық/международной _____ б) өткен жылға/за истекший год:

22) Монографиялар, оқулықтар саны/Количество монографий, учебников:

23) Әдістемелік ұсыныстар саны/Количество методический рекомендаций:

24) Өнертабыстар, өнертабыстық ұсыныстар саны:/Количество изобретений, рацпредложений: _____

25) Аспиранттарды, ізденушілерді басқару:/Руководство аспирантами, соискателями:

а) Аспиранттар, ізденушілер, докторанттар саны:/Количество аспирантов, соискателей,

докторантов: _____

б) Қанша ғылым докторлары дайындалды:/Сколько подготовлено докторов наук:

в) Қанша ғылым кандидаттары дайындалды:/Сколько подготовлено кандидатов наук:

_____ 26) Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна _____ жылдан _____

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____ жылдан _____

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____ жылдан _____

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

27) Қазақ тілін білуі ия жоқ (астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (астын сызу) және

шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (подчеркнуть), русского да нет

(подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно)

_____ 28) Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения _____

29) Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

30) Тұрғын үй жағдайлары/Жилищные условия _____

_____ тұрғын үйге кезекте тұруы (ия/жоқ)/состоит ли в очереди на жилье (да, нет) _____

31) Әскери есеп түрі/Вид воинского учета _____

Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения

_____ ж./г.

_____ ж./г.

32) Ұрыс қимылдарына, аварияларды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/Участие в

боевых действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий _____

_____ 33) Зейнетақы түрі/ Вид

I I I I I I I I I I

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

диплом №

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

№ диплома

Ұйымның орналасқан жері (облысы, қала, аудан, ауыл)

Местонахождение организации (область, город, район, село)

Ұйым атауы, бөлімше түрі мен бейіні

Наименование организации, тип и профиль подразделения

1. Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год),
пол

2. Туылған жері/Место рождения _____

(страна, область)

3. Ұлты/Национальность _____

4. ЖОО, бітірген жыл/ВУЗ, год окончания _____

5. Факультеті/Факультет _____

6. Диплом бойынша мамандығы/Специальность по
диплому _____

осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7. Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой
работает _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____
г.

8. Қызметі/ Занимаемая
должность _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____
ж./ стаж

работы по ней с _____ г.

9. Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий
медицинский

(фармацевтический) стаж с _____ г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____ лет

10. Педагогикалық (ғылыми) өтілі _____ ж./ Педагогический (научный) стаж с

_____ г.

Педагогикалық (ғылыми) өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв педагогич. (научного) стажа составил _____ лет

11. Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень,

специальность _____

_____ ж./ _____ г.

12. осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию “ _____ ” _____

_____ ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс

бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение

молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор

(контракт) _____

13. Алдындағы жұмыс орнынан босатылу себебі және күні/Причина и дата увольнения с

предыдущего места работы _____ ж./г.

14. Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

14.1. Мамандығы бойынша аспирантураны бітірді/Окончил аспирантуру по специальности _____ в _____ ж./г.

14.2. Мамандығы бойынша докторантураны бітірді/Окончил докторантуру по специальности

_____ в _____ ж./г.

14.3. Ординатура/Ординатура

Мамандығы/специальность	Жылы/год

14.4. Мамандығы/Специализация

Мамандығы/специальность	Жылы/год

14.5. Жетілдіру/Усовершенствование

Түрі/Вид	Жылы/Год	Мамандығы/Специальность

15. Аттестаттау/Аттестация:

I. На присвоение квалификационной категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/ по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/ по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жылы/год

16. Ғылыми атақ/Ученое звание. Ғылым саласы/Отрасль науки.

_____ ж. _____ г.

17. Мамандандыру саласы (облыстық ғылыми және ұйымдастырушылық-басшылық қызметте)/Профиль специализации (в области научной и организационно-руководящей деятельности): _____

18. Жарияланым саны/Количество публикаций: а) барлығы/всего: _____, оның ішінде/в том числе республикалық баспада/в республиканской печати _____, ТМД/СНГ _____, халықаралық/международной _____ б) өткен жылға/за истекший год:

19. Монографиялар, оқулықтар саны/Количество монографий, учебников: _____

20. Әдістемелік ұсыныстар саны/Количество методических рекомендаций: _____

21. Өнертабыстар, өнертабыстық ұсыныстар саны:/Количество изобретений, рацпредложений: _____

22. Аспиранттарды, ізденушілерді басқару:/Руководство аспирантами, соискателями:

а) Аспиранттар, ізденушілер, докторанттар саны:/Количество аспирантов, соискателей,

докторантов: _____

б) Қанша ғылым докторлары дайындалды:/Сколько подготовлено докторов наук:

в) Қанша ғылым кандидаттары дайындалды:/Сколько подготовлено кандидатов наук:

23. Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна _____

жылдан _____

жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

жылдан _____

жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

жылдан _____

жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

24. Қазақ тілін білуі ия жоқ (астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (астын сызу) және шетел

тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (подчеркнуть), русского да нет

(подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно)

25. Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения _____

26. Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество

детей _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

27. Тұрғын үй жағдайлары/Жилищные

условия _____

_____ тұрғын үйге кезекте тұруы (ия/жоқ)/состоит ли в очереди на жилье (да, нет)

28. Әскери есеп түрі/Вид воинского учета _____

29. Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения

_____ ж./г.

_____ ж./г.

30. Ұрыс қимылдарына, аварияларды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/
Участие в боевых

действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий _____

31. Зейнетақы түрі/ Вид

пенсии _____

32. Резервте тұрған лауазым/ Должность, в резерве на которую

состоит _____

Картаны толтыруға жауапт тұлға қолтаңбасы/Подпись ответственного лица
за заполнение карты (Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии))

_____ (қолтаңбасы/подпись) _____

“ _____ ” _____ ж./г.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 19-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы

Учетная карта специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета

ЖСН/ ИНН/

І І І І І І І І І І

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

диплом №

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

№ диплома

Ұйымның орналасқан жері (облысы, қала, аудан, ауыл)

Местонахождение организации (область, город, район, село)

Ұйым атауы, мемлекеттік, жеке (керекті астын сызу), бөлімше түрі мен бейіні
Наименование организации, государственная, частная (нужное подчеркнуть),
тип и профиль

подразделения

1. Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год),
пол

2. Туылған жері/Место рождения _____

(страна, область)

3. Ұлты/Национальность _____

4) ССУЗ, государственное, частное (нужное подчеркнуть) год
окончания _____

5) Факультеті (бөлімше)/Факультет

(отделение) _____

6) Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7) Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

8) Қызметі/ Занимаемая должность _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

9) Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий медицинский

(фармацевтический) стаж с _____ г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____ лет

10) Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность _____

_____ ж./ _____ г.

11) Осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию “ _____ ” _____

_____ ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс

бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение

молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор

(контракт) _____

12). Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

13)Мамандығы/Специализация

Мамандығы/ Специальность	Жылы/год	Өту орны/место прохождения

14) Жетілдіру/Усовершенствование

Түрі/вид	Жылы/год	Мамандығы/специальность	Өту орны/ место прохождения

15) Аттестаттау/Аттестация:

I. Біліктілік санатын тағайындау үшін/На присвоение квалификационной категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/ по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/ по другим специальностям			

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/ по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

	результат аттестации	специальность	год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

16) Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна _____
жылдан _____

жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____
жылдан _____

жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

жылдан _____

жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

17) Қазақ тілін білуі ия жоқ (керекті астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (керекті астын сызу)

және шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (нужное подчеркнуть),

русского да нет (нужное подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно)

18) Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения _____

19) Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

20) Әскери есеп түрі/Вид воинского учета _____

21) Нағрадалар, берілген жылы/Награды, год присвоения:

_____ ж./г.

_____ ж./г.

_____ ж./г.

_____ ж./г.

22) Ұрыс қимылдарына, аварияларды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/Участие в боевых

действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий _____

23). Зейнетақы түрі/ Вид пенсии _____

24) Резервте тұрған лауазым/ Должность, в резерве на которую состоит _____

Картаны толтыруға

Подпись ответственного лица

жауапты тұлға қолтаңбасы

за заполнение карты

(подпись/колтаңба)

(Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии)

)

“ _____ ” _____ ж./г.

Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 20-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы

Медицинская карта амбулаторного пациента

№ _____

немесе коды(или код)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ 3. Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (

Пол:

мужской, женский (подчеркнуть)) 4. Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (день, месяц, год)

5. Телефон _____

6. ЭАОЖ
коды (Код КАТО) _____

үйінің, қызмет тел. (домашний, служебный)

7. Науқастың мекенжайы (Адрес места жительства больного): облыс
(область) _____ елді мекен (населенный

пункт) _____
Ауданы (район) _____ көшесі (орамы) (
улица
(переулок)) _____

үй № (дом №) _____ корпус _____ пәтер (квартира) № _____

8. Қызмет, жұмыс орны (Место службы,
работы) _____

_____ бөлімше

(отделение), цех _____

(өндірістің атауы мен сипаттамасы) (наименование и характер производства)

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

Біреудің асырауындағы адам (иждивенец) _____

10. Қан тобы (Группа крови) _____ 11. Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность)

_____ 12. Аллергиялық реакциялар (Аллергические реакции)

13. "Емхананы таңдаумен келісемін" ("С выбором поликлиники согласен")

Пациенттің қолы (Подпись пациента) _____

025/е н. артқы беті

разворот ф. 025/у

14. Мекенжайы мен жұмысының ауысуы (Изменение адреса места жительства и места работы)

15. Медициналық сақтандыру туралы деректер (Данные о медицинском страховании)

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

Сақтандыру түрі: міндетті, ерікті (керекті астын сызыңыз) (Вид страхования: обязательное,

добровольное

*

(нужное подчеркнуть))

*

Медициналық сақтандыру ерікті болған жағдайда сақтандыру компаниясының атын көрсетіңіз

(При добровольном виде медицинского страхования – указать название страховой компании)

16. Диспансерлік қадағалауға алынды (Взят(а) на диспансерное наблюдение)

Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Қандай себеппен По поводу	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета	Шығарылу себебі Причина снятия	Күні мекенжайы мен жұмысының ауысуы Дата изменения адреса места жительства и места работы	Ж а н а мекенжайы (жаңа жұмыс о р н ы) Новый адрес места жительства (новое место работы)

№ 025/е н. 2 беті
стр.2 ф.№ 025/у

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Арнаулы мамандардың консультациясын есепке алуға арналған жыл сайынғы диспансерлеу парағы Лист ежегодной диспансеризации для учета консультаций узких специалистов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилиюписать разборчиво)
1	2	3	4	4

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Қорытынды (анықталған) диагноздарды жазу парағы Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилиюписать разборчиво)
1	2	3	4	4

№ 025/е. н. 3, 4 беттері
стр. 3.4 ф. №025/у

Амбулаторияда , үйінде	Науқастың шағымы, объективті деректер, (аурудың ағымы мен диагнозы, дәрігерлер	Тағайындалымдар мен еңбекке жарамсыздық парағы берілгені
------------------------	---	--

Қаралған күні Дата посещения	жазыңыз) Амбулаторное, на дому (вписать)	мен кенесшілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	туралы белгілер Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности
1	2	3	4

Амбулаториялық пациенттің
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Онкотексеру парағы/Лист онкоосмотр

№	Ауыздықтау / Локализации	Нәтижесі (нөмірде-N. Ауытқулар табылған жағдайда жазбалар кестетен тыс жазылады)/ Результат (в норме-N. При выявленных отклонениях запись делается отдельно вне таблицы)	Өткен күні (2016 жыл)/ Дата прохождения (2016 год)	Өткен күні (2017 жыл)/ Дата прохождения (2017 год)	Өткен күні (2018 жыл)/ Дата прохождения (2018 год)	Өткен күні (20__ жыл)/ Дата прохождения (20__ год)
1	Ауыз қуысы/ Полость рта					
2	Тері/Кожные покровы					
3	Шеткі лимфалық түйіндер / Периферические лимфатические узлы					
4	Қалқанша безі / Щитовидная железа					
5	Сүт бездері (емшек бездері)/ Молочные железы (грудные железы)					
6	Жыныс мүшелері / Половые органы					
7	Тік ішек / Прямая кишка					

Амбулаториялық пациенттің
 медициналық картасының
 қосымша парағы

**Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына
жапсырма парақ**

**Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента,
находящегося на диспансерном учете**

Сатылық эпикриз

Этапный эпикриз

Ауыруы(Болен с) _____ жылдан (____
года) бастап

Диспансерлік есепте (Состоит на диспансерном учете с) _____
_____жылдан (года)
бастап тұр.

3. Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____ 10-АХЖ
коды (код по МКБ-10)

4. Қосымша сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____ 10-АХЖ коды (код по
МКБ-10)

5. Сырқатының биылғы ағымының сипаты мен диспансерлеудің тиімділігі:
(Характеристика течения заболевания в текущем году и эффективность
диспансеризации):

а) ж а з ы л д ы (выздоровление)	1) ө р ш у (обострений не было)	б о л м а д ы
б) ж а қ с а р д ы (улучшение)	2) ө р ш і д і (қанша рет, (было обострение (указать сколько))	к ө р с е т і ң і з
в) өзгеріссіз (без перемен)		
г) н а ш а р л а д ы (ухудшение)		

д) күрт нашарлады (резкое ухудшение)	
е) қайтыс болды (смерть)	

6. Жақсаруының немесе нашарлауының себебі (Причины улучшения или ухудшения)

7. Жұмысқа орналасуы (ДКК, МӘСК арқылы, керекті астын сызып, жұмысқа орналасу сипатын жазыңыз)

(Трудоустройство (через ВКК, МСЭК, нужно подчеркнуть и вписать характер трудоустройства))

8. Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности)

20 ___ жылғы(года) _____ 20 ___ жылғы(года) _____

_20___

жылғы(года) _____

9. Қосалқы сырқаттары салдарынан еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности по сопутствующему заболеванию) _____

Емдеу жүргізілді (Проведенное лечение) _____

Санаторийлік-курорттық емдеу(Санаторно-курортное лечение) _____

Стационарлық емдеу (Стационарное лечение) _____

Объективті деректер бойынша динамика (Динамика по объективным данным)

Басқа деректер (АҚК профилі) (Прочие данные (профиль АД))

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) және қолы (Ф. И. О. (при его наличии) и подпись врача)

20 жылға – емдеу-профилактикалық іс-шараларының жоспары План лечебно-профилактических мероприятий 20__ года

Р/с №	Тексерулер және консультациялардың атауы	Орындалу мерзімі Срок исполнения	Орындалуы Исполнено
п/п №	Наименование обследований и консультаций		
1	2	3	4
1.	Белгіленетін тексеру және консультация: Намечаемые обследования и консультации:		
	Қан талдауы: клиникалық, холестерин, билирубин, белок және белок фракциялары, қант, протромбин, сиал қышқылы, с – реактивті белок, қалдық азот, фибриноген, трансаминазалар, амилаза; Анализ крови: клинический, холестерин, билирубин, белок и белковые фракции, сахар, протромбин, сиаловая кислота, С-реактивный белок, остаточный азот, фибриноген, трансаминазы, амилаза;		
	Зәр талдауы: жалпы, диастазаға, Зимницкий сынамаcы, өт пигменттеріне, к а н т қ а ; Анализ мочи: общий, на диастазу, проба Зимницкого, на желчные пигменты, сахар;		
	Қақырық талдауы: жалпы, демікпе элементтері, ВК, типсіз клеткалар, флораға, антибиотиктерге сезімталдығын анықтау; Анализ мокроты: общий, элементы астмы, ВК, атипичные клетки, флору, определение чувствительности к антибиотикам;		
	Нәжіс талдауы: жалпы, жасырын қанға; Анализ кала: общий, на скрытую кровь;		
	Асқазан сөлінің талдауы: фракциялармен, ұлтабарды сүңгімен зерттеу; Анализ желудочного сока: фракционно, дуоденальное зондирование		
	Р-скопия: өкпе, жүрек, асқазан, ішекті, холецистография; Р-скопия: легких, сердца, желудка, кишечника, холецистография		
	ӨкпеR-графиясы, ЭКГ, ФКГ. Көз түбін зерттеу, ЛОР, тіс дәрігері, хирург, ревматолог, эндокринолог, терапия бөлімі меңгерушісінің, невропатологтың, ЭКГ дәрігерінің, фтизиатрдің, онкологтың, рентгенологтың кеңесі. R-графия легких, ЭКГ, ФКГ. Исследование глазного дна, консультация ЛОР, стоматолога, хирурга, ревматолога, эндокринолога, заведующего терапевтическимотделением, невропатолога, врача ЭКГ, фтизиатра, онколога, рентгенолога.		

1	2	3	4
---	---	---	---

2	Амбулаторлық және стационарлық емделуі (дәрі-дәрмекпен, оперативті, т.б.) курс ұзақтығы, мөлшерлері Амбулаторное и стационарное лечение (медикаментозное, оперативное и т.д.), длительность курса, дозы		
3	Ауру қайталанбау үшін жүргізілетін ем, оның әдістемесі мен мерзімі Противорецидивное лечение, его методика и сроки		
4	Жұмысқа Трудоустройство	орналастыру	
5	Емдәмдық тағам, санаторийлік-курортлық емдеу (ұсынылған және тиым салынған тамақты көрсетіңіз, ұсынылған санаторлық емделу мен физиотерапия, ЕДШ) Диетическое питание и санаторно-курортное лечение (указать рекомендуемую и запрещаемую пищу, рекомендуемые виды санаторного лечения и физиотерапию, ЛФК)		
6	Басқа Прочие мероприятия	іс-шаралар	

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____.

1. КК – дәрігер-консультативтік комиссиясы

ВКК – врачебно-консультативная комиссия

2. МӘСК – медициналық-элеуметтік сараптама комиссиясы

МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық науқастың № _____ медициналық картасының

жапсырма парағы

Вкладной лист к медицинской карте № _____ амбулаторного больного

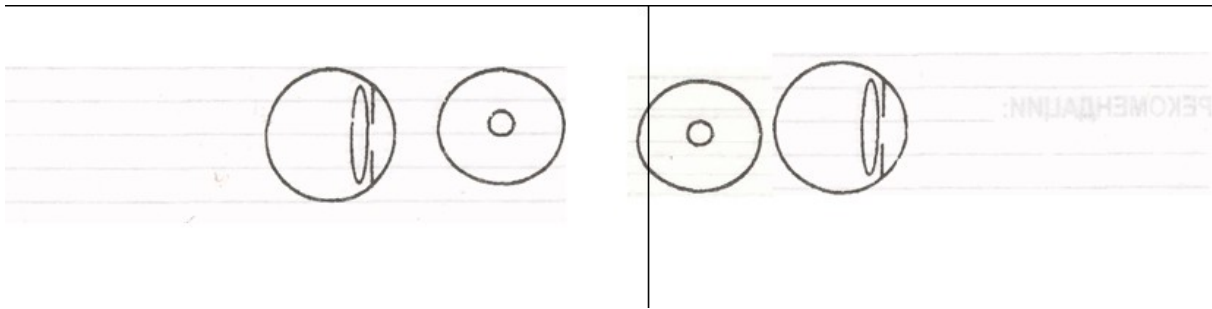
(офтальмологиялық бейінді медицина ұйымдары мен бөлімшелері үшін)

(для медицинских организаций и отделений офтальмологического профиля)

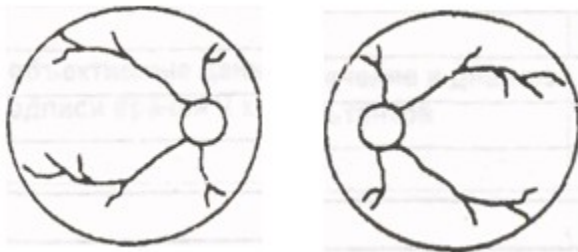
Шағым, ауруын анамнез _____

Жалобы, анамнез заболевания _____

OD		OS
К ө з д і ң Острота зрения	ө т к і р л і г і	
С ы н у ы Рефракция		
К І Қ ВГД		
Қ о с а л қ ы Придаточный аппарат	а п п а р а т	
А л д ы ң ғ ы Передний отрезок	к е с і н д і с і	
С ы н у Преломляющие среды	о р т а с ы	



КІҚ – көз ішінің қысымы
 ВГД –внутриглазное давление
 Көз түбі
 глазное дно



Диагнозы: _____

Диагноз _____

Ұсыныстар: _____

Рекомендации: _____

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

**Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының жасөспірімнің
жапсырма парағы**

**Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного
пациента**

Дата заполнения карты _____ 20__ года

№ или код

Юноша – бозбала
Девушка – бойжеткен

Туған күні (Дата рождения)

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

(астың сызыңыз) (подчеркнуть)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____

Жынысы: ер, әйел (керекті астың сызыңыз) (Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть))

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Жасөспірімнің мекенжайы (Адрес места жительства подростка)

Кәсіпорынның (оқу орнының) аты (Названия предприятия (учебного заведения))

Кәсіпорынға (оқу орнына) түскен уақыты (Время поступления на предприятие(в учебное заведение)) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Ауырған аурулары

(Перенесенные заболевания)

Ата-анасының аурулары (туберкулез, алкоголизм, психикалық сырқаттар) (Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические расстройства)) _____

Өз отбасында, жатақханада тұрады (Живет в семье, общежитии) _____ тамақтануы(питание) _____

Жұмыс күнінің (Продолжительность рабочего дня) _____ кезектің (смены) ұзақтығы _____

Дене шынықтыру мен спортпен шұғылдануы (ұдайы, кездейсоқ) (Занятия физкультурой и спортом (систематические, случайные)) _____

Медициналық тексеру деректері Данные медицинских обследований

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование

Салмағы (Вес).....			
Бойы (Рост).....			
Тұрғанда (стоя)			
Отырғанда (сидя).....			
Кеуде-шеңберінің өлшемі (Окружностьгрудной клетки).....			
дем алғанда (вдох).....			
дем шығарғанда (выдох).....			
аралықта (пауза).....			
Жыныстық дамуы (Половое развитие).....			
Р А х М а М е .			
Мүшелерінің кемшілігі			
Физические недостатки.....			
Субъективті шағымдары			
Субъективные жалобы.....			
Терісі, тері асты клетчаткасы, жылбысқы қабықтары			
Кожа, подкожная клетчатка и слизистые			
Сүйек-бұлшық ет жүйесі			
Костно-мышечная система			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Лимфа бездері Лимфатические железы			
Ауыз қуысы Полость рта			
Ас қорыту ағзалары Органы пищеварения			
Тыныс алу ағзалары Органы дыхания			
Қан айналу ағзалары (қан қысымы) Органы кровообращения (кровяное давление)			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Несеп-жыныс ағзалары Мочеполовые органы			
Эндокриндік жүйе Эндокринная система			
Жүйке жүйесі Нервная система			
Психика			

Көру Органы зрения	ағзалары		
Жоғарғы тыныс жолдары мен есту ағзалары			
Верхние дыхательные пути и органы слуха			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Флюорография және рентгенологиялық зерттеу деректері Данные флюорографии и рентгенологических исследований			
Пирке реакциясы Реакция Пирке			
Манту реакциясы Реакция Манту			
Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования			
Диагноз			
Дене шынықтыру сабағына жіберілді (тобы) Допущен к занятиям по физкультуре(группа)			
Дәрігердің тағайындалымдары Назначения врача			
Дәрігердің қолы Подпись врача			

Сауықтыру шаралары

Оздоровительные мероприятия

(санаторийге, демалыс үйіне жіберу, емдәм тағамдарын берілуі, басқа жұмысқа

ауыстырылуы және сауықтыру іс-шараларының басқа түрлері)

(направление в санатории, дома отдыха, представление диетпитания, перевод на другую

работу и прочие виды оздоровительных мероприятий)

Іс-шаралардың атауы Название мероприятий	КҮНІ ДАТА	
	тағайындаулар (назначения)	орындалуы (выполнения)
1- тексерілуі (1-е обследование)		
2- тексерілуі (2-е обследование)		
3- тексерілуі (3-е обследование)		

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного больного

Екпе қабылдаушының (ата-ана) ақпараттық келісімі Информированное согласие

Екпе күні Дата прививки	Түсіндіру күні Дата разъяснения	Келісемін/келіспеймін (астын сызу) Согласен/не согласен (подчеркнуть)

Ата-ана / қамқоршы Подпись родителя/опекуна	қолы	Ескерту Примечание

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің

*

Қосымша парағы

Вкладной лист

учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях

*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Р/с № № п/п	Күні Дата	Зерттеу түрі Вид исследования	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (мЗв) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (мЗв)

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)врача-рентгенолога)_____

_____КОЛЫ

(подпись) _____

Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың

даму тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного

(амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Зональдық реография

Зональная реография

20__ жылғы (года) “__” _____

Сырақатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____ - _____

_____Туған күні (Дата рождения)_____

_____Диагнозы _____

_____Желдету: _____

Вентиляция:

оң өкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қан жүруі:

Кровоток:

оңөкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қорытынды:

Заключение:

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (керегінің астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі

информированное согласие пациента на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент: _____

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу) (Ф.И.О.(при его наличии)
) пациента –
полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ (туған күні, айы, жылы) (
число, месяц, год
рождения)

Келісім беремін(Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/
камқорыма (астын
сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (подчеркнуть):
тексеріліп-қарауға (обследования в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
стационарлық емдеуге (стационарного лечения в) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, камқордың жағдайы) туралы,
тексеріліп-қаралу,

емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы
хабардармын. (Я

информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника,
подопечного), о

необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть
).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен
тыс қосымша

қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды
жеке қаражат, ерікті

сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен
ұсынылатындығы туралы

ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги,
лекарственные средства и

изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема
медицинской помощи

государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного
страхования или

иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен
балама әдістері,

сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту
себіптерімнен мүмкін болатын

салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

_____ (медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар))(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары,

аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің,

туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы),

сондай-ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық

туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах

сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных

мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или

в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том

числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к

наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

(Есть аллергия на): _____
аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режімді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных

рекомендаций, несоблюдение режима),

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті,
жалпы

асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін(а
также

сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и
общим

осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығымға қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда
болғанда, ол

туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін
өзгертуге, сондай-ақ оны

орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время
обследования и

лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему
здоровью, даю согласие

на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его
выполнения, с

последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын
калыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген
мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін(Я даю добровольное согласие на
предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью
формирования и использования электронных информационных ресурсов
здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсауылық жағдайы, өткізілетін
тексеріп-қарау мен емдеу,

олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға
рұқсат

беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника)
здоровья,

проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать
следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т . А . Ә . (Ф.И.О. лица, которому вы р а з р е ш а е т е сообщать о ходе лечения)	Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Родство/ о т н о ш е н и е к пациенту)	Телефон

	3,86%	5,0 л																
физионильтәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л																
	2,27%	2,0 л																
Экстранил		2,0 л																
Нутринил		2,0 л																
АПД циклдарының саны/Количество циклов АПД																		
АПД жалпы уақыты/Общее время АПД																		
Жалпы қию көлемі/Общий объём залива																		
АПД-ны экспозициялау уақыты/Время экспозиции АПД (1 цикл/1 цикл)																		
АПД-дағы бір жолғы құйылыс көлемі/Объём разового залива на АПД																		
Бір жолғы күндізгі құйылым көлемі/Объем разового дневного залива																		
Бастапқы дренаждау көлемі/Объём начального дренирования																		
АПД-дағы УК/УФ на АПД																		
Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылыс)/Общая УФ (АПД+дневной залив)																		
АПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после АПД (құйылған диализатсыз/без залитого диализата)																		
АД/АД	қосар алдында/перед подключением (кеш/вечер)																	
	сөндірілгеннен кейін/после отключения (таң/утро)																	
Таңғы несептің жалпы көлемі/Общий объём мочи на утро (өткен тәулік үшін/за предыдущие сутки)																		
	Қолы/Подпись м/с																	

Амбулаториялық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Физиотерапия бөлімшесінде (бөлмесінде) емделуші науқастың картасы
Карта больного, лечящегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Стационарлық (амбул.) науқастың картасының (Карта стационарного (амбулаторного) больного) №

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____ - _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж., жен.) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

Науқас қай бөлімшеден (бөлмеден) жіберілді (Из какого отделения (кабинета) направлен
больной) _____

Диагнозы _____

науқас физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді, астын сызыңыз.

(подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания) _____

Өмір анамнезі (Анамнез жизни) _____

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Күні	Емшараның атауы	Саны	Ұзақтығы	Мөлшері
	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (астын сызыңыз) (Место проведения

процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды

лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные)) _____

Эпикриз: _____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердің қолы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы

Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

1.1. ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен., (нужное подчеркнуть)

4.Наукасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного)

5.Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК)

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

8.Функциялық сынамалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктегенге дейін До нагрузки				Жүктегеннен кейін После нагрузки			
	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	алуы	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	алуы
1	2	3	4		5	6	7	

9.Антропометриялық деректері

*
(Антропометрические данные
*)

12.ЕДШБ нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора ЛФК)

ЕДШБ емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет результатов процедур ЛФК)

Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий	
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК) _____

ЕДШБ парағы

Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

Тағайындалымдар (Назначения): _____

Дәрігер (Врач): _____

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): _____

Гониометр деректері (Данные гониометра): _____

№ _____ нысанға жапсырма парақ (Вкладной лист к форме № _____)

Тірек-қозғалыс аппараты бұзылған науқастың картасы

Экстранил	2,0 л																		
миникап қалпақшасы/колпачок миникап																			
	Талдаулар/ Анализы																		
ҚЖТ/ОАК																			
Б/Х/ Б/Х																			

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі

плазмаферез картасы

Карта плазмафереза

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жыл (год) " _____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его
 наличии)больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО):

_____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны. _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез курсына
 көрсетім бар (с целью

иммунокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента(ки) на
 проведение операции
 получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ)

Инфузиялық-трансфузиялық терапия ((Инфузионно-трансфузионная терапия)

Гепариндеу (Гепаринизация)

Операцияның хаттамасы Протокол операции

№											
Күні (Дата)											
Эксфузия мл/кг											
Э р . м а с с а с ы н (Реинфузия эр.массы)											
П л а з м а (Плазмазамещение)											
АҚҚ (АД)											
ЖЖС (ЧСС)											
ОВҚ (ЦВД)											
ТАС (ЧД)											
РО2											
Дене қызуы											
Асқынулар (Осложнения)											

Қосымша орындалды (Дополнительно выполнено):

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл)
за курс

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение)

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық наукастың
мединалық картасының
косымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі

плазманы сүзгілеу картасы

Карта плазмофльтрации

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№ _____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Наукастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
больного): _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол) _____,
Салмағы (вес) _____

Диагнозы: _____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия): _____

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл., АҚ көлемі (объем ЦК)

_____ мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено): _____

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

ОВҚ (ЦВД) _____; АҚҚ (АД) _____;

ЖЖС(ЧСС) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Не істелді (Что сделано)

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі

(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі)

картасы

Карта

(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) " ____ " _____ күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____



Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы

Карта учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Сыркатнама № (№ истории болезни) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ бастап (по) _____
__ 20__ жылға (года)

дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания)

Асқыну (Осложнение)

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын қабылдаған емі және оның тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования, принятое ранее лечение и его эффективность)

Емдеу курсы: (Курслечения): _____ Барлығы (Всего) _____
процедуралар (процедур)

Барлығы (Всего) _____ нүктелер (точек)

Күні Дата	Емшараның № № процедуры	Рефлексотерапияның түрі Вид рефлексотерапии	Әсер ету әдісі Метод воздействия	Нүктелер (аймақтар) Точки (зоны)	Науқастың жағдайы Состояние больного
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Емдеудің нәтижелері айтарлықтай жақсарды, жақсарды, өзгеріссіз,
нашарлады) (Результаты лечения:
значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение)

Дәрігер (Врач) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация,
наблюдающая больного

01. ЖСН/ИНН _____

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____
_____ әкесінің

аты(болған жағдайда)/отчество (при его наличии) _____
04. Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____ (кк/аа/жжжж)/(дд/
мм/гггг) 05.

Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус: қызметші/служащий;
жұмысшы/рабочий; ауыл
шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), зейнеткер/
пенсионер;

оқушы/учащийся; үй шаруасындағы әйел/домохозяйка; жеке еңбекпен
айналысатын тұлға/лицо,

занятое индивидуальным трудом; дін қызметкері/служитель культа;
жұмыссыз/безработный;
өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық
индекс/почтовый индекс

_____, обл. _____, аудан/р-он _____
_____, елді

мекен/населенный пункт _____, көше/улица _____
_____, үй/дом

№ _____, пәтер/кв. № _____, тел. _____

09. Тұрғын/Житель: қалалық/города; ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности: ҰОСҚ/УВОВ; ҰОСМ/
ИВОВ;

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист; өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности: жоқ/нет; I топ/гр.; II топ/гр.; III
топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей
больного

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз _____

шифры/шифр МКБ-10 _____

10-АХЖ

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10 _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10 _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10 _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10 _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10 _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10 _____ 10-АХЖ

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/
число _____ айы/месяц _____
_____ жылы/год _____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения
гемодиализом в данном
учреждении:

күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения
лечения гемодиализом в

данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения
гемодиализом: трансплантация

жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию; басқа гемодиализ
бөлімшесіне ауыстыру/перевод в

др. отделение гемодиализа; көшу/выезд; қайтыс болу/смерть өзге/прочее

01. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

Әкесінің аты(болған жағдайда)/отчество (при его
наличии) _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: _____ / _____ / _____ КК/ АА/ ЖЖЖЖ
(ДД / ММ / ГГГГ)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) _____:

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) _____:

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низко
поточный, высоко
поточный

Көлемі/размер _____ м2, өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации: ОУФ (ИУФ); УФ На

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ): А-V фистула; протез;
катетер (уақытша,
тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт: гепарин; клексан; фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____ БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ жалпы (общая); мөлшерлі (дозированная); өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____мл/мин. Диализат ағынының

жылдамдығы/Скорость потока диализата _____мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.)ГД тиімді уақыты/Эффективное

время ГД _____сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	1 сағат (час)	2 сағат(час)	3 сағат (час)	4 сағат (час)	ГД кейін/после ГД
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Өлшем бірлігі (Ед. из.)	С а н ы (Количество)

16. Техникалық. асқынулар/Технические осложнения

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача:

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә..(болған жағдайда) /Ф.И.О.(при его наличии) медсестры ГД:

ГБО сеанстарын есепке алу картасы

Карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий)

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО)

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ершелектері) (Эпикриз (эффективность, исход, особенности ГБО)) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

02 улану (02 Интоксикация) _____

Дәрігер (Врач) _____

Меңгеруші (Заведующий) _____

Сеанс №	№	сеанса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Күні Дата														
Режим														
ГБО сеансының ұзақтығы														
Длительность сеанса ГБО														
Науқастың жағдайы														
Состояние больного														
АҚ АД														
РЗ ЧД														
Тамыр соғу жиілігі														
Частота пульса														

Амбулаториялық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның картасы

Карта экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) "___" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного):

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____ мл

Гепариндеу(Гепаринизация) _____; НЭХО (NaClO)

_____ температурада криопреципитаттау (криопреципитация при температуре)

20__ жылдан (года) " __ " _____ бастап (с), 20__ жылға (года) " __ " _____ дейін (по).

20__ жылғы (года) " _____ " _____ ерітілді (разморожена), супернатант преципитаттан

стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы перфузияланды (супернатант стерильно

отделен от преципитата, перфузирован через колонку с гемосорбентом)

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (Объем плазмы больного

после плазмосорбции для реинфузии)

Асқынулар (Осложнения) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл, АҚ көлемі (объем ЦК)

_____мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

М.О.

М.П.

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Эхокардиографиялық тексеру

картасы

Карта

эхокардиографического обследования

20__ жылғы (года) " ____ " _____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его
наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____ Дене аумағы (

Поверхность

тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан)

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек.

Размер полости в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый желудочек. Конечно

диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) _____

Диастола көлемі (Диастолический объем) _____

Систола көлемі (Систолический объем) _____ Соғу көлемі (Ударный

объем) _____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) _____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу) _____

Систола кезіндегі (В систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого

желудочка) _____

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка) _____

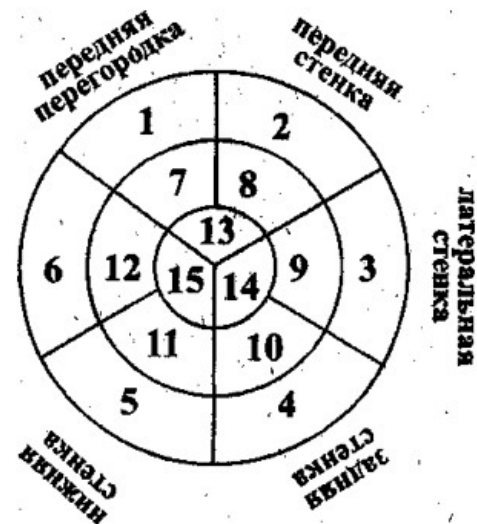
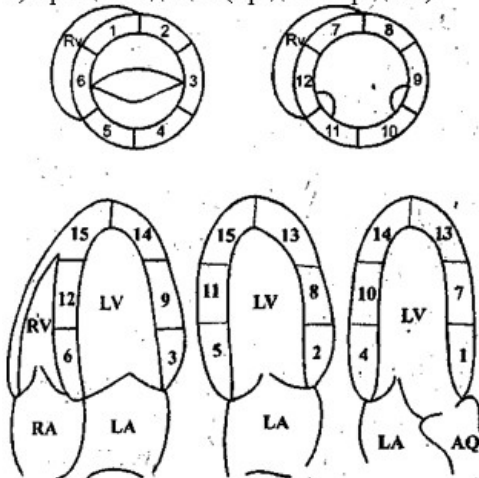
Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота) _____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы) _____

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам): _____

- 1) Базальқ алдыңғы-қалқалық (Базальный передне-перегородочный)
- 2) Базальқ алдыңғы (Базальный передний)
- 3) Базальқ алдыңғы-қапталдық (Базальный передне-боковой)
- 4) Базальқ артқы - қапталдық (Базальный задне-боковой)
- 5) Артқы базальқ (Базальный задний)
- 6) Базальқ артқы-қалқалық (Базальный задне-перегородочный)
- 7) Ортаңғы алдыңғы-қалқалық (Средний передне-перегородочный)
- 8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)

- 9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық (Средний передне - боковой)
- 10) Ортаңғы артқы - қапталдық (Средний задне - боковой)
- 11) Ортаңғы артқы (Средний задний)
- 12) Ортаңғы артқы - қалқалық (Средний задне - перегородочный)
- 13) Алдыңғы-ұштық (Передне-верхушечный)
- 14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой)
- 15) Ұштық артқа (Верхушечный задний)
- 16) Қалқалық-ұштық (Перегородочно-верхушечный)



Қорытынды (Заклучение) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

*

Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижняя стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование предстательной железы

№ _____ 20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____


Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері
Данные пальцевого ректального исследования
Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

- түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),
- түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),
- түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),
- Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),
- Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)
- Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы) тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)
- Қуық безінің жоғарғы шекаралары саусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца) қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

<p>Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да)/Жоқ (Нет) Зарарсыз (Доброкачественное) : Иә (Да)/Жоқ (Нет) Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образования): _____</p> <p>Күдікті (Сомнительное): Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее) Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____ г Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследования): _____ Ескертулер (Замечания): _____ _____ _____</p>	<p style="text-align: center;">право лево</p> 
---	---

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)

Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии)) _____	Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері	Қалыптылығы Размерность (сек.)	Рауаны тербелістер шегі Пределы допустимых колебаний	Іс жүзіндегі деректер Фактические данные
_____	Наименование ф а з и показателей гемодинамики			
ЖСН/ИИН _____				
Туған күні (Дата рождения) _____	R - R	сек.		
Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____	АС	"-	0,04 – 0,07	
Бойы _____ (Рост) _____	ИС	"-	0,02 – 0,05	
Бөлімше (Отделение) _____	ПН	"-	0,06 – 0,11	
Сықатнама № (№ истории болезни) _____	ПИ	"-	0,21 – 0,30	
Зерттеу күні (Дата исследования) _____	So	"-	0,29 – 0,35	
_____	Sm	"-	0,23 – 0,34	
Диагнозы _____	КБ	"-	2,5 – 4,5	
_____	ВСП	%	85-94	
_____	ИНМ	%	20-29	
_____	VI	мм сын.бағ./сек. (мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
_____	Ve	мл /сек.	200 - 500	

Қорытынды (Заключение): _____				
_____	ВИМО	сек.	15-21	

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись) _____

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы

Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні _____ жасы _____

жынысы _____

(Дата рождения) (возраст) (пол)

Зерттелген күні _____ бөлімшесі _____

(Дата исследования) (отделение)

Сықатнама № _____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қ а н қ ы с ы м ы (Артериальное давление)	Ескертпе (Примечание)
Қ а л ы п т ы (В покое)			
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			

48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС x Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

(Нагрузка прекращена в связи)

Қалпына келу кезеңі _____

(Период восстановления)

Қорытынды _____

(Заключение)

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования грудных желез

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____

ЖСН/ИИН _____

Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа)

Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)).

Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____

Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген)

(Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен))

Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная)) _____

Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____

Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Оң жақ сүт безі (Правая молочная железа)

Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована))

Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____

Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен))

Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная)) _____

Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____

Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қорытынды (Заключение): _____

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық наукастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Телемедициналық консультация өткізу

хаттамасы

Протокол

проведения телемедицинской консультации

№ _____

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда) ЖСН (фамилия, имя, отчество(при его

наличии) пациента, ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

медициналық картасының № (№ медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи направления на

телемедицинскую консультацию)

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы/Фамилия,

имя, отчество (при его наличии), специальность врача подавшего

заявку _____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация врача

подавшего заявку) _____

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет (Код услуги)	код	Қызметтің атауы (Наименование услуги)
1	2	

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация врача-

консультанта) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/Фамилия, имя,

отчество (при его наличии), специальность врача-консультанта _____

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки) _____

Бас тарту себептері (Причина отказа)

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской консультации)

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта)

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

Тіркелген құжаттардың атауы	
--------------------------------	--

№ п/п	(Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы

(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ ж (г) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____
 Зерттеу _____ аппаратында
 жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)

беременной) _____

ЖСН/ИИН _____

Жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің
 хаттамасы (протокол

ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн
 (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20__ жыл (год) " __ "

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (Вид исследования:
 трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық
 көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР
 соответствует, не

соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _

минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

Қуық (Мочевой пузырь) _____

Омыртқа (Позвоночник) _____

Аяқ-қолдары (Конечности) _____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі

аңқа жанында (Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая,

боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена

(нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

Ұйғарым (Заключение): _____

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада
(недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
врача) _____ қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы

(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20__ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____
Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді (исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
беременной) _____

ЖСН/ИИН _____

Жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя) _____ күн
(день)

Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі _____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы

Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі _____ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

Боковые желудочки мозга Мозжечок

Үлкен цистерна _____ Көз шарасы _____

Большая цистерна Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____ Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____ Асқазан _____

Носогубной треугольник Желудок

Омыртқа _____ Қуық _____

Позвоночник Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____ Өт қабы _____

4-камерный срез сердца Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде ____ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы _____

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на ____ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, _____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген

Толщина плаценты: ____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес

Структура плаценты _____. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть)сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ см

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заклучение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ КОЛЫ _____

Ф.И.О. (при его наличии) врача подпись

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

ӨаЭФЗ ХАТТАМАСЫ-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу

Протокол

ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования

№ _____

Күні (Дата) " ____ " _____ 20 ____ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні(Дата рождения) _____ Дене салмағы (Масса
тела) _____ кг.

Диагнозы (Диагноз):

Кім жіберді (Кем направлен) _____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (
Параметры ЧпЭС:

длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая) _____
_____ В,

калыпты (рабочая) _____ в, эл-дтіңқойылу тереңдігі (глубина
установки эл-

да) _____ см.

			Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады
	Қалыпты , м с	Дәрілік енгізгенге заттарды дейін	

	Норма, мс	До введения медикаментов	атропин мг.	атропин мг + обзидан мг
Ж Ж Ж 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
Ж О Ц ССЦ, мс				
1. Синус торабының функциясы СТФҚКУ Функция синусового узла ВВФСУ, мс	до 1400			
С Т Ф Қ К Т У КВВФСУ, мс	до 525			
2. Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту В-А, мс				
Тахикардия "терезесі" "Окно" тахикардии				
Тоқтату ӨаЭС Купирующая ЧпЭС				

4. ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы ӨаЭС жиілігі ЧпЭС Частота в 1 минуту	АҚҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание
		Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема		
		мг/с	мг/с	мг/с	
100					
110					
120					

130						
140						
150						
160						

5. Асқынулар (Осложнения):

Қорытынды (Заключение): _____

Нұсқаулар (Рекомендации): _____

Дәрігер (Врач): _____ қолы (подпись) _____

Реография

20__ жылғы (года) “__” _____

Сықатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты) _____

_____ бөлім (отделение)
Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы _____

QREL _____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____ RR _____

Баяу Е (Е медл) _____ ИНМ _____

Е макс. _____ Ag|Fd _____

Шығарылу Е (Е изгн). _____ УО _____

_____ Рg
_____ МОК

Қорытынды:

Заключение:

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Спирография

*

20__ ж." ____ " _____

Амбулаториялық картаның № /№ _____ амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение) _____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество(при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ) _____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік препараттар (Принятые пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования)

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: ФКК 1/ӨӨК (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

Қорытынды/Заклучение

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Қоса берілген "Көлем-уақыт" және "ағын-көлем" өзектеріндегі тыныс алу (демді ішке тарту - шығару) үдерісінің графикалық көрінісінсіз жарамсыз
(Недействительна без приложенного графического отображения процесса дыхания

(вдоха и выдоха) в осях "объем-время" и поток-объем")

Амбулаториялық наукастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование беременной

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жағдайы (Положение) Алдында жатқан (Предлежит) _____

Позициясы (Позиция)

БПР _____

_____ мм _____ апта (недель)

Кеудесі (Грудь) _____ мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости) _____

_____ мм.

Саны (Бедро) _____ мм _____

_____ апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы

(мозг) _____

Жүрегі (Сердце) _____

Бауыры (Печень) _____

Іш қуысы (Брюшная полость) _____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода _____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода) _____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты) _____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на) _____ см. ая
(лоно), ішкі аңқа

деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____

_____ см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты) _____

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод) _____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации): _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық наукастың
мединалық картасының
косымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Ультрадыбыстық тексеру

(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)

Ультразвуковое исследование

(матки, шейки матки, яичника)

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері
Данные исследования
Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении отклонена): артқа,
алдыға, оңға, солға (кзади, кпереди, вправо, влево) _____

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие, ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина) _____ мм, алғы-арқы (передне-задний) _____ мм,

көлденеңі (ширина) _____ мм

Жатырдың құрылымы (Структура

матки) _____

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована)

М-эхо _____ мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла)

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген (среднее,

снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм, алғы-артқы

(передне-задний) _____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм

Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____
мм, құрылымы (структура) _____

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____
мм, құрылымы (структура) _____

Ерекшеліктері (Особенности) _____

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись): _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Қуықты ультрадыбыстық зертеу

Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

№ _____

20__ жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный _____

Зертеу деректері

Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Орналасуы (Положение) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки) _____ см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное,

осадок)

Конкременттер (Конкременты)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қорытынды (Заклучение):

Дәрігер (Врач)

Қолы (Подпись)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

**Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы
кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер,
зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және
оның ағыны) ультрадыбыстық зерттеу**

**Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек,
надпочечников**

и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№ _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ (Жынысы) Пол _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____ см
қалыңдығы

(толщина) _____ см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина)
_____ см

Бауырдың контуры (Контур печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные притоки) _____

Қақпақша тамыр (Портальная вена) _____

2. Өтқалтасы (Желчный пузырь) _____

Пішіні (Форма) _____ Өлшемдері (Размеры) _____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря)_____

Қаптың қуысында (В полости пузыря)_____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток)_____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки)__ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела)__(N0,6 – 1,6), құйрығы

(хвост)__(N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контурсы железа)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток)_____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена)_____

Оның диаметрі (Ее диаметр)_____

4. Көкбауыр (Селезенка)_____

Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки)_____ (N 40 ш.см. артық емес(не более 40

кв. см.))

Көкбауыр контурсы (Контур селезенки)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

5. Бүйректер (Почки)_____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Гостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Гостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник) _____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны (Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары (Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ) _____

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20__ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий) _____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипозэхогенді (Структура внутренней части:

гиперэхогенная, гипозэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипозэхогенді, гиперэхогенді (Структура

наружной части: средней эхогенности, гипозэхогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

№ _____ 20__ жыл (год) " ____ " _____

ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии))

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____ Пол (Жынысы) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Контурлары (Контурсы) _____

Серпімділігі (Эластичность) _____

Пішіні (Форма) _____

Мойнақ (Перешеек) _____

Оң жақ бөлігі (Правая доля) _____

Сол жақ бөлігі (Левая доля)

Қорытынды (Заключение)

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Фонокардиограмма №	а р т қ ы б е т і							
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____	З е р т т е у н ә т и :							
_____	Результаты исследования							
_____	Q	–	I	дыбыс	(тон):	_____		
_____	Ідыбыс		(тон):		_____			
_____	ІІдыбыс		(тон):		_____			
_____	ІІІдыбыс		(тон):		_____			
_____	Ашылу тырсылы		(Щелчок открытия)		_____			
_____	Митраль қақпақшасы		(митрального клапана):		_____			
_____	Перикардиалдық дыбыс		(Перикардиальный тон):		_____			
_____	Басқа дыбыстар		(Другие тоны):		_____			

ЖСН/ИИН _____	Ш у ы л д а р	Нысаны	Ұ за қ т ы ғ ы	Эпицентр	Амплитуда	Жиіліктігі	Д	
_____	Шумы	Форма	Продолжительность			Частотность	б	
_____							а	
Туған күні(Дата рождения) _____	Систолалық						С	
_____	Систолический						т	
Жынысы (Пол) _____	Диастолалық						о	
_____	Диастолический							
Салмағы (Вес) _____	Систоло-диастолалық							
_____	Систоло-диастолический							
Бойы (Рост) _____	Перикард үйкелісі							
_____	Трения перикарда							
_____	Басқа шуылдар							
_____	Другие шумы							
20__ жылға (года) " _____								

Бөлімше (Отделение) _____								

зерттеу күні (дата исследования) _____								

Учаскесі № (Участок№) _____								

Сықатнама немесе амбулаториялық картасының № (№) _____								

истории болезни
или амбулаторной
карты) _____

Диагнозы (диагноз
) _____

Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил) _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О., (при его наличии) подпись)

Фонокардиограмма
бойынша
қорытынды (_____
Заключение по
фонокардиограмме
) № _____

Дәрігер Т.А.Ә (_____
болған жағдайда) (_____
Врач Ф.И.О. (при
его наличии)) _____

қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу

Функциональное исследование периферических сосудов

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы(диагноз) _____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20__ жылғы (года) "___" _____

1. Реография

	Амплитуда		Индекс		Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедрa					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2. Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

	АГП	Көтеру уақыты Время подъема	
		оң правый	сол левый
Балтырдың Н/з голени	т/з		
Балтырдың В/з голени	ж/з		
Санның о/з Ср/з бедра			
Білектің т/з Н/з предплечья			
Білектің ж/з В/з предплечья			
Иықтың о/з Ср/з плеча			

3. Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және

капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық көрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и

форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Ұлты (Национальность) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____

АҚК (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес)

Бөлімше, учаске (Отделение, участок)

Сызқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной)

ЖСН/ИИН _____

Жасы (Возраст) _____

Диагнозы _____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

Фотостимуляция _____

Гипервентиляция _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись) _____

Амбулаториялық наукастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте амбулаторного пациента

Эхоэнцефалография

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Сықатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной

карты) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Жынысы (Пол) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга

(есть, нет)

$T_m = T$

III қарынша (III желудочек): ені (ширина) _____

мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М – жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

қызметтер (платные услуги).

9. Кеңес берулер мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

Кабинеттің № кабинета	№ Б ө л і м ш е Отделение	Зерттеу Код исследования	коды
	Жалпы клиникалық Общеклинические исследования	зерттеулер	
	Биохимиялық Биохимические исследования	зерттеулер	
	Иммунология		
	Радиоиммунология		
	Цитоморфология		
	Функционалдық (Функциональная диагностика)	диагностика	
	Эндоскопия		
	Ультрадыбыстық Ультразвуковая диагностика	диагностика	
	Рентгендиагностика		
	МРТ және КТ МРТ и КТ диагностика	диагностикасы	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
	Кеңесші Врач-консультант	дәрігер	
	Кеңесші Врач-консультант	дәрігер	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант		

10. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); проф. Қарау (профосмотр); басқалар (прочие)

(тек бір себепті астын сызыңыз) (подчеркнуть только один повод)

11. Келуі (Посещения):

К ү н і Дата	К е л у Вид * посещения	т ү р і	Д ә р і г е р к о д ы Код врача	К ү н Дата

П – диагностикалық орталық (диагностический центр),

Б – күндізгі стационар (дневной стационар)

12. Диагноз

	Жолдағанда П р и направлении	ХАЖ-10 к о д ы Код МКБ-10	Тексергенде П р и обследовании	ХАЖ-10 к о д ы Код МКБ-10	1,2,3 түрі Т и п 1,2,3	Дәрігердің к о д ы Код врача
Негізгі (Основной)						
Глеспелі (Сопутствующие)						

Әр диагнозға (Для каждого из диагнозов): 1 –жіті ауру (острое заболевание), 2 – бірінші рет анықталған (установленный впервые), 3 –бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

13. Өткізілген зерттеулер (Проведенные исследования):

Күні Дата	Маманның коды Код специалиста	Атауы Названия	Тарификатор бойынша коды Код по тарификатору	Саны Кол-во	1-алғашқы (первично) 2 – қайталана (повторно)

14. Қабылдауда дәрігермен жасалған операциялар мен манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме):

А т а у ы Наименование	Операцияның коды Код операции	Дәрігердің коды Код врача

15. Дәрігер: ТАӘ (Врач: ФИО) _____

Коды (Код) _____ Қолы (Подпись) _____

16. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____

жылғы (год) " __ " _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 21-қосымша

--	--

А4 форматы Формат А4	Б С Н б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

Амбулаториялық карта № амбулаторной карты _____
учаске № участка _____

ЖСН! __!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!
__!__!__!

Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық
пациенттің үшін
қартасы Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга)
амбулаторного
пациента

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған

жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні/Дата рождения / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / ж. г.

3. Жынысы/Пол: 1-ер/муж; 2-әйел/жен

4. Ұлты/Национальность _____ 5. Тұрғын/Житель: 1-қала/города; 2-

ауыл/села

6. ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____

7. Тұратын жері/Место жительства: облыс/область _____

қала/город _____ аудан/район _____

елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село)

8. Тіркелген тұрғын/Прикрепленный житель: 1 – иә/да, 2 – жоқ/нет

9. Тіркелген медициналық мекеме/Медицинская организация

прикрепления _____

10. Мүгедектік/Инвалидность: 1-бар/ есть; 2- жоқ/нет 10.1 Мүгедектік обы/
Группа

инвалидности (16 жастан бастап/от 16 лет) _____

Мүгедектігі бойынша диагноз/Диагноз по инвалидности

_____ АХЖ-10 шифры/шифр МКБ-10

11. Бойы/Рост _____ (см) 12. Салмағы/Вес _____ (кг) 13. Кетле индексі/Индекс
Кетле: 1-25-

кедейін/до 25; 2-25-30 аралығы/от 25 до 30; 3-30 және одан жоғары/от 30 и
выше.

14. Белінінің ауқымы /Объем талии. 14.1 Ерлер/Мужчины: 1- 94 см-ға дейін/
до 94 см; 2-94 см

және одан көп/2-94 см и более. 14.2 Әйелдер/Женщины: 1-80 см-ға дейін/до
80 см; 2-80 см-ға

дейін және одан көп/ 2-80 см и более.

15. Темекішегушілік (ең болмағанда күніне бір темекі)/Курение (хотя бы одну
сигарету в

день): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

16. Алкоголдік ішімдіктерді тұтыну, тұтынуы аптасына екі реттен кем емес/
Употребление

алкогольных напитков, разовое потребление не менее 2-х раз в неделю.

17 Ерлер 35-65 жас/Мужчины 35-65 лет: 1-тұтынбаймын/не употребляю; 2-
аптасына бір рет ,

не одан да сирек/употребляю 1 раз в неделю и реже; 3-иә, сыра 0,5л дейін/да,
пиво до 0,5 л; 4-

иә, сыра 0,5л көп/да, пиво более 0,5 л; 5-иә, шарап 250 мл дейін/да, вино до
250 мл; 6-иә, шарап

250 мл көп/да, вино более 250 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер
50 мл дейін/да,

водку и другие крепкие напитки до 50 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті
ішімдіктер 50 мл

көп/да, водку и другие крепкие напитки более 50 мл.

18 Ерлер 18-34 жас, барлық жастағы әйелдер/Мужчины 18-34 лет, женщины
всех возрастов:

1-тұтынбаймын/не употребляю; 2-аптасына бір рет, не одан да сирек/
употребляю 1 раз в

неделю и реже; 3-иә, сыра 0,25л дейін/да, пиво до 0,25 л; 4-иә, сыра 0,25л көп/
да, пиво более

0,25 л; 5-иә, шарап 120 мл дейін/да, вино до 120 мл; 6-иә, шарап 120 мл көп/да, вино более 120 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл дейін/да, водку и другие крепкие напитки до 25 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл көп/да, водку и другие крепкие напитки более 25 мл.

19. Дене белсенділігі /Физическая активность – күнделікті физикалық жүктеме 30 минуттан кем емес (жүру, жаттығулар және т.б.)/ежедневная физическая нагрузка (ходьба, упражнения и т.д.) не менее 30 минут: 1-жөк/нет; 2-иә/да

20. Сіздің ата-ананызда жүрек аурулары бар (болды) ма (гипертония, ЖИА)/Имеются (-лись)

ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС): 1-жөк/нет; 2-иә/да

21. Сіздің кеудеңізде тыныштықта немесе жүктеме түскенде (психоэмоционалдық,

физикалық) ауыру немесе басқа да жағымсыз сезінулер бола ма, жүктеме түсіруді доғарғанда

олар 10 минут ішінде басылады ма немесе жүрек ырғағы қалпына келе ме/Появляется ли у Вас

боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут, или

перебои в ритме сердца: 1-жөк/нет; 2-иә/да

22. Сізде бас ауыруы бола ма/Отмечаются ли у Вас головные боли: 1-жөк/нет; 2-иә/да

23. Сізде артериялды қысым жоғарылауы бола ма/Отмечается ли у Вас повышение

артериального давления: 1-жөк/нет; 2-иә/да

24. Артериялды қан қысым (систолалық/диастолалық), орташа /Артериальное давление

(систолическое/диастолическое), среднее _____/_____ ммс.б. /ммрт.ст.

25. Көз көруіңіздің нашарлауы байқала ма/Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения: 1-

жөк/нет; 2-иә/да

26. Сіздің көз алдыңыздың бұлдырлауына шағымдарыңыз бар ма/Имеются ли у Вас жалобы

на "пелену" перед глазами: 1-жөк/нет; 2-иә/да

27. Сіздің ата-анаңызда глаукома бар (болды) ма/Имеется (-лась) ли у Ваших родителей

глаукома: 1-жок/нет; 2-иә/да

28. Сізде 4 диоптридан асатын алыстан көрмеушілік бар ма/Есть ли у Вас близорукость,

превышающая 4 диоптрии: 1-жок/нет; 2-иә/да

29. Сізде соңғы жылы нәжісіңізде патологиялық қоспалар байқала ма/Отмечаются ли у Вас в

течение последнего года патологические примеси в кале: 1-жок/нет; 2-қан/кровь; 3-

сілемей/слизь; 4-ірін/гной

30. Тек әйелдер үшін/Только для женщин: Сізде жыныстық қатынастан кейінгі қанағу бола

ма/бывают ли у Вас контактные кровотечения: 1-жок/нет; 2-иә/да

31. Қанайналым жүйесі және қант диабеті ауруларын анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и

сахарного диабета (18,25,30,35,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64 жас/года)

ЭКГ/ЭКГ: 1-норма/норма; 2-патология/патология; 3-жүргізілмеді (көрсетілмеген)/не

проведена (не показана)

32. Холестерин деңгейі/уровень холестерина: 1-менее 5,2 ммоль/л; 2-5,2 ммоль/л и выше 3-

диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

33. Глюкоза/глюкоза 1-3,88-ден 5,55 ммоль/л-ге дейін/ от 3,88 до 5,55 ммоль/л ; 2-5,55 ммоль/л

және жоғары/ 5,55 ммоль/л и выше; 3-диспансерлік бақылауда тұр /состоит на диспансерном

учете

34. Глаукоманы анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление

глаукомы (40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет)

35. Көзішілік қысым/Внутриглазное давление: 1-норма/норма; 2-жоғарылаған /повышенное; 3-

диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

36. Ісікалды және ісік ауруларын анықтайтын тексерулердің нәтижесі/Результаты

обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний

37. Сүртінділердің цитологиялық зерттеу/Цитологическое исследование мазков

(әйелдер/женщины 30,35,40,45,50,55,60 жас/лет): 1-норма/норма; 2-микроорганизмдер/

микроорганизмы; 3-эпителий жасушаларының басқа өзгерістері (жасушалардың реактивтік

өзгерістері, гистерэктомиядан кейінгі бездік жасушалар, атрофия)/другие изменения

эпителиальных клеток (реактивные клеточные изменения, железистые клетки после

гистерэктомии, атрофия), 4-ASC-US; 5-ASC-H; 6-LSIL; 7-HSIL, 8-CIS; 9-AGUS; 10-AIS; 11-

катерлі ісік/рак; 12-басқалары (40 жастан асқан әйелдерде эндометрия жасушалары)/другое

(эндометриальные клетки у женщин старше 40 лет); 13-жүргізілмеген/ не проведена; 14-

диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

38. Кольпоскопия (көрсетілімдер бойынша)/ Кольпоскопия (по показаниям): 1

-

жүргізілді/проведена; 2-жүргізілген жоқ/не проведена

39. Жатыр мойыны биопсиясының нәтижесі (көрсетілімдер бойынша)/
Результат биопсии

шейки матки (по показаниям): 1-басқалары/другое; 2-CIN I; 3-CIN II; 4-CIN III; 5-CIS; 6-AIS;

7-катерлі ісік/рак; 8-жүргізілмеген/не проведена.

40. Маммография, бірінші оқып талдау/Маммография, первая читка (әйелдер/женщины

50,52,54,56,58,60 жас/лет), первая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4; 5-M5; 6-жүргізілмеген/не

проведена; 7-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

41. Маммография екінші оқып талдау/Маммография, вторая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4;

5-M5; 6-M6a; 7-M6b

42. Скрининг бойынша маммография арқылы тексеру/Обследована маммографически по

скринингу: 1-алғашқы рет/впервые; 2-кайтара/повторно

43. Гемокульт-тест/Гемокульт-тест (50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет):

1-

оң/положительный; 2-теріс/отрицательный; 3-жүргізілмеген/не проведен; 4-диспансерлік

бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

44. Скрининг бойынша гемокульт-тест арқылы тексеру/Проведен гемокульт-тест по

скринингу: 1-алғашқы рет/впервые; 2-кайтара/повторно

45. Колоноскопия (көрсетілімдер бойынша)/Колоноскопия (по показаниям): 1-CS1; 2-CS2; 3-

CS3; 4-CS4; 5-CS5, 6-CS6; 7-CS7; 8-CS8; 9-жүргізілмеген/не проведена

46. Эзофагоскопия (50, 52, 54, 56,58, 60 жас/лет): 1-ES1; 2-ES2; 3-ES3; 4-ES4; 5-ES5; 6-

ES6; 7-ES7; 8-ES8; 9-ES9; 10-ES10; 11-ES11; 12-ES12; 13-жүргізілмеген/не проведена;

14- диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

47. Гастродуоденоскопия (50, 52, 54, 56,58, 60 жас/лет): 1-GS1; 2-GS2; 3-GS3; 4-GS4; 5-

GS5; 6-GS6; 7-GS7; 8-GS8; 9-GS9; 10-GS10; 11-GS11; 12-жүргізілмеген/не проведена;

13-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

48. ПЕА нәтижелері/Результаты ПСА (еркектер/мужчины 50, 54, 58, 62, 66 жас/лет): 1-

төмен 3,1 нг/мл/ниже 3,1 нг/мл; 2-3,1 тен 7,8 нг/мл дейін/от 3,1 до 7,8 нг/мл; 3-7,8 нг/мл

және астам/ выше 7,8 нг/мл; 4-жүргізілмеген/не проведен; 5-диспансерлік бақылауда

тұр/состоит на диспансерном учете

49. Қуықасты безінің денсаулық индексі/Индекс здоровья простаты: 1-ден 25/ до 25; 2-25 және

жоғары/ 25 и выше; 3-жүргізілмеген/не определен

50. Қуықасты безі биопсиясының нәтижелері (көрсетілімдер бойынша)/ Результаты

биопсии предстательной железы (по показаниям): 1-ісік жасушалары жоқ/ опухолевые клетки

не обнаружены; 2- қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы/ доброкачественная гиперплазия

предстательной железы; 3-қабыну/воспаление; 4-қуықасты безінің интраэпителиалдық

неоплазиясы/простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН): 4а-ПИН 1-2; 4б-ПИН 3;

5-қалыпсыз кіші ацинарлық пролиферация /атипическая мелкоацинарная пролиферация

ASAP; 6-обыр/рак: 6а- Глисон 2-6; 6б-Глисон 7; 6в-Глисон 8-10; 7-биопсия жүргізілмеген (бас

тартты, қарсы көрсеткіштері, басқалары)/биопсия не проведена (отказ, противопоказания,

другое)

51. Қаралуы/Посещения:

Күні / дата	Қаралу түрі/Вид * посещения	Дәрігердің коды/ Код врача	Күні / дата	Қаралу түрі/Вид * посещения	Дәрігердің коды/ Код врача	Күні / дата	Қаралу түрі/Вид * посещения	Дәрігердің коды /Код врача

*

П –МСАК/ПМСП; Д – үйде/на дому; А–үйдегі актив/актив на дому; У – ұйымдарда/в

организации; К – жылжымалы медициналық кешенде/ в передвижном медицинском

комплексе

52. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового обследования:

53. Дені сау/Здоров(а): 1-жок/нет; 2-иә/да

54. Мінез-құлық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1-

темекішегушілік/курение; 2-ішімдікті мөлшеріне көп тұтыну салыну/ злоупотребление

алкоголем; 3-дененің артық салмағы/избыточная масса тела; 4- дене белсенділігінің

төмендігі/низкая физическая активность

55. Биологиялық қауіп факторлары анықталды/Выявлены биологические факторы риска: 1-

тұқымқуалаушылыққа бейімділік/наследственная предрасположенность; 2-

гипертензия/гипертензия 3-гиперлипидемия/гиперлипидемия; 4-

гипергликемия/гипергликемия

56. Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз	АХЖ-10 коды/ К о д МКБ-10	Диагноздың түрі (1,2,3 *)/Тип диагноза (1,2,3
--	---------------------------	---

		*	Дәрігердің коды/Код врача
)	

) Диагностдардың әр қайсысы үшін/Для каждого из диагнозов: 1-ушыққан ауру/
острое

заболевание; 2-алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған/впервые
в жизни

зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3- бұрыннан
белгілі

созылмалы ауруы/ известное ранее хроническое заболевание.

57. Диспансерлік бақылау топтары/Группа диспансерного наблюдения: 1-IA;
2-IB; 3-II; 4-III

58. МСАК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/
Направлен к

врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

59. Скрининг-тексерудің күні/Дата окончания скрининг-обследования: _____

_____ жылғы/года

60. Скрининг жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его
наличии) лица,

проводившего скрининг _____

Дәрігердің коды/Код врача _____

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся
представленная

информация достоверна.

Амбулаториялық пациенттің
профилактикалық медициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің)
қартасының қосымша парағы

Вкладной лист к
Карте профилактического
осмотра (скрининга)
амбулаторного пациента

Ұлттық скринингтік бағдарлама қатысушысының

төлқұжаты

Паспорт

участника Национальной скрининговой программы

Берілген күні/Дата выдачи: " _____ " _____ 20_____

Скрининг – бұл халықтың нысаналы топтары арасында ауруды ерте сатысында және қауіп-қатер факторларын анықтауға бағытталған ұйымдастырылған және мемлекет тарапынан қаржыландырылған алдын алу тексеріс бағдарламасы. Скрининг бағдарламасы белгілері мен шағымдары айқындалмаған белгілі бір аурудың (глаукома немесе диабет болмаса обыр) дамуын анықтауға көмектесетін зерттеулерден құрылған. Скрининг Бекітілген халық тіркелімінің деректеріне негізделеді және тіркелу орны бойынша емханада тегін өткізіледі. Скрининг еріткі түрде өткізіледі Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей құқықтарыңыз бар:

- скрининг өткізетін аурулар туралы және скринингтің өту процедурасы туралы ақпарат алуға;
- бекітілген ауқымда тегін тексерістен өтуге;
- скрининг алгоритіміне сәйкес мамандардың кеңесін алуға;
- диагностика және емдеу хаттамаларына сәйкес сәйкес динамикалық қаралу мен сауықтырудан өтуге;
- өзіңіздің скрининг нәтижелеріңіз туралы ақпарат алуға;
- тексеріс барысында жанама әсер/асқынулар пайда болғанда – тегін медициналық жәрдемнің кепілдік берілген көлемі аясында тиісінше медициналық көмек алуға.

Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей міндеттеріңіз бар:

- бекітілген тексеріс ауқымын уақытында және үнемі өтіп отыру;
- зерттеулерге дайындалу және оларды өткізуге қойылатын талаптарды бұлжытпай орындауға;
- скринингтің негізгі артықшылықтары мен кемшіліктерін білуге.

Скрининг – это организованная и оплаченная государством программа профилактического обследования целевых групп населения для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях развития. Программа скрининга включает в себя исследования, с помощью которых можно определить развитие определенного заболевания (глаукомы или диабета или рака) без симптомов и жалоб. Скрининг основывается на данных Регистра прикрепленного населения и проводится бесплатно в поликлинике по месту прикрепления. Скрининг проводится на добровольной основе. Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие права:

- получить информацию о заболеваниях, при которых проводится скрининг, и процедуре скрининга;
- пройти бесплатно обследование в утвержденном объеме;
- получить консультацию специалистов согласно алгоритму скрининга;
- проходить динамическое наблюдения и оздоровление в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- получить информацию о своих результатах скрининга;
- в случае развития непредвиденных нежелательных (побочных) явлений/осложнений при проведении исследований – получить соответствующую медицинскую помощь в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие обязанности:

- регулярно и своевременно проходить утвержденный объем обследования;
- четко выполнять требования к подготовке и проведению исследований;
- знать основные преимущества и недостатки скрининга.

Национальная скрининговая программа направлена на выявление определенных видов заболеваний, для которых установлены целевая группа населения, скрининговый тест, объем обследования.

Целевая группа включает себя мужчин и/или женщин,

<p>Ұлттық скринингтік бағдарламасы халықтың нысаналы тобы, скринингтік тест, қосымша зерттеу ауқымы белгіленген бірқатар аурулардың түрлерін анықтауға бағытталған.</p> <p>Халықтың нысаналы тобында кейбір аурулардың даму қауіп-қатері жоғары болып табылатын белгілі бір жас шамасындағы топтар, еркектер және/немесе әйелдер қамтылған. Нысаналы топқа аталған аурулар бойынша Д-есебінде тұрған және ауыр соматикалық патологиясы бар, сонымен қатар бағдарламада қатысудан (соның ішінде қосымша зерттеуден өтуге) бас тартқан азаматтар кірмейді.</p>	<p>определенные возрастные группы, в которых риск развития некоторых заболеваний является высоким. Из целевой группы исключаются пациенты, состоящие на Д-учете по данным заболеваниям и с тяжелой соматической патологией, а также отказавшиеся от участия в программе (в т.ч. от этапа дообследования).</p>
--	---

<p>Скринингтің түрі (аурудың атауы) / Вид скрининга (наименование заболевания)</p>	<p>Нысаналы топ (жынысы, жасы) / Целевая группа (пол, возраст)</p>	<p>Скринингтік тест / Скрининговый тест</p>	<p>Қосымша зерттеудің ауқымы, мамандар кеңестері / Объем дообследования, консультации специалистов</p>
<p>Артериалды гипертония, ЖИА / Артериальная гипертония, ИБС</p>	<p>ерк./әйел //муж./жен. 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет</p>	<p>АҚ өлшеу, қандағы холестеринді анықтау / измерение АД, определение холестерина крови</p>	<p>ЭКГ, кардиолог</p>
<p>Қант диабеті / Сахарный диабет</p>		<p>қандағы глюкозаны анықтау/ определение глюкозы крови</p>	<p>эндокринолог</p>
<p>Глаукома</p>	<p>ерк./әйел муж./жен 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет</p>	<p>көз ішінің қысымын өлшеу / измерение внутриглазного давления</p>	<p>офтальмолог</p>
<p>Сүт безінің обыры/ Рак молочной железы</p>	<p>әйел /жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет</p>	<p>маммография</p>	<p>УДЗ, биопсия, маммолог / УЗИ, биопсия, маммолог</p>
<p>Жатыр мойынының обыры/ Рак шейки матки</p>	<p>әйел /жен. 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жас / лет</p>	<p>онкоцитологияға сүртінді/ мазок на онкоцитологию</p>	<p>кольпоскопия, биопсия, гинеколог</p>
<p>Жуан ішектің обыры /</p>		<p>нәжістегі жасырын қанды анықтау /определение</p>	<p>ішектің эндоскопиялық зерттелуі, колопроктолог/</p>

Рак толстого кишечника	ерк./эйел //муж./жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	скрытой крови в кале (гемокульт-тест)	эндоскопическое исследование кишечника, колопроктолог
Өңеш, асқазан обыры/ Рак пищевода, желудка	ерк./эйел муж./жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет	өңештің, асқазанның эндоскопиялық зерттелуі/ эндоскопическое исследование пищевода и желудка	гастроэнтеролог, онколог
Қуықасты безінің обыры/ Р а к предстательной железы	ерк./муж. 50, 54, 58, 62, 66 жас/ лет	ПЕА анықтау, РНІ / определение ПСА, РНІ	қуықасты безінің пункциялық биопсиясы, уролог / пункционная биопсия простаты, уролог
Бауыр обыры/ Рак печени	бауыры циррозы бар ерк./эйел/ муж./жен. с циррозами печени	АФП анықтау, бауыр УДЗ / определение АФП, УЗИ печени	бауырдың КТ/ М Р Т / КТ/МРТ печени, онколог

Емделуші туралы деректер / Сведения о пациенте

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

 Әкесінің аты
 (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____
 2. Туған күні/Дата рождения / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ /ж. г. 3. Жынысы/
 Пол: ер./муж. / __/
 әйел/жен. / __/
 4. ЖИН /ИИН! __!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!
 5. ӘАОЖ коды/Код КАТО _____
 6. Тұратын жері/Место жительства:
 облыс/область _____ қала/город _____ аудан/район _____

 елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село) _____

 7. Бекітілген медициналық мекеме/Медицинская организация прикрепления _

<p>Ұлттық скринингтік бағдаламаға қатысудың келісімі Мен, _____ 19____ жылы туған, Ұлттық скрингтік бағдарламаның мақсаттары мен міндеттері, скринингті өткізудің ережелері, өзімнің құқықтарым мен міндеттерімен таныстырылдым. Мен медицина маманы тарапынан</p>	<p>Согласие участия в Национальной скрининговой программе Я, _____ 19____ года рождения, ознакомлен с целями и задачами Национальной скрининговой программы, с правилами</p>
---	--

56									
58									
60									
62									
64									
66									
68									
70									

Физиологические нормы жизнедеятельности и факторы риска возникновения заболеваний.

Советы по профилактике употребления алкогольных напитков

- Не начинать потреблять спиртные напитки тем, кто раньше никогда не употреблял алкоголь
- Рекомендуется людям, потребляющим алкоголь снизить потребление до реально низкого, либо полностью отказаться
- Запрещается употреблять алкоголь: пациентам с заболеваниями печени и поджелудочной железы, артериальной гипертензией ишемической болезнью сердца, депрессиями, принимающими лекарственные препараты
- Рекомендуется людям, потребляющим алкоголь изменить свое поведение в отношении потребления спиртных напитков, сделать выбор в пользу здорового образа жизни (физическая активность, путешествия, активный образ жизни)

Расчет индекса Кеттел (массы тела)
вес (кг.) ÷ рост (м)²

Норма	18,5 - 24,9
Избыточная масса тела (ИМТ)	25 - 29,9
Ожирение I степени	30 - 34,9
Ожирение II степени	35 - 39,9
Ожирение III степени	40 и более

Положительные изменения в организме после отказа от курения:
 В течение 20 минут уменьшается частота сердечных сокращений и снижается кровяное давление.
 В течение 12 часов содержание угарного газа в крови снижается до нормального уровня.
 В течение 2-12 недель улучшается кровообращение и усиливается функция легких.
 В течение 1-9 месяцев уменьшаются кашель, заложенность носа и одышка.
 В течение 1 года риск развития ишемической болезни сердца уменьшается в два раза.
 Через 5-15 лет курения риск инсульта снижается до уровня риска некурящего человека.
 Через 10 лет риск развития рака легких снижается в два раза, снижается риск развития рака полости рта, гортани, мочевого пузыря, шейки матки и поджелудочной железы.
 Через 15 лет снижается риск развития ишемической болезни сердца

Физическая нагрузка у взрослых людей в возрасте 18 - 65 лет составляет от 150 минут (2.30 мин.) до 300 минут (5 ч.) в неделю.
 У пожилых людей - 65 лет и старше от 150 до 300 минут в неделю. Необходимо выполнять упражнения на поддержку гибкости и равновесия.

Рациональное питание – употребление овощей и фруктов более 400 граммы в сутки, ограничение потребления сахара до 50 г/день, йодированной соли не более 5 гр. в сутки, соблюдение режима питания, содержание жира не должно превышать 30% суточной калорийности пищи.

Уровень артериального давления (АД) в норме – не более 140/90 мм. рт. ст.
 При сахарном диабете не более 140/85мм.рт.ст.
 Факторы риска возникновения гипертенгической болезни: курение, алкоголь, избыточная масса тела, ожирение, низкая физическая активность.

Уровень холестерина в норме - до 5,0 ммоль/литр.
 Пациенты высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний – уровень холестерина до 4,0 ммоль /л.
 Факторы риска возникновения ишемической болезни сердца - курение, избыточная масса тела, ожирение, гиподинамия, возраст мужчин старше 55 лет, женщин – старше 65 лет

Уровень глюкозы (сахара) в норме в капиллярной крови 3,5-5,5ммоль/л.
 в венозной крови (забор из вены) до 6,1ммоль /л.
 Факторы риска возникновения сахарного диабета: низкая физическая активность, ожирение, избыточная масса тела, сердечно - сосудистая патология, сахарный диабет у близких родственников.

Нормальный уровень внутриглазного давления: по Маклакову до 25 мм.рт.ст., по бесконтактному тонометру – 20 мм. рт. ст.
 Факторы риска возникновения глаукомы: артериальная гипертензия, сахарный диабет, воспалительные заболевания глаз в анамнезе, возраст старше 40 лет, отягощенная наследственность.

Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері / Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (1)

Ж а с ы , ж ы л возраст, годы	Жатыр мойны / Шейка матки			Сүт безі / Молочная железа	
	Цитограмма	Кольпоскопия, күні /дата	Диагноз	Маммография, күні /дата	Диагноз
	14	15	16	17	18
30					
35					
40					
45					
50					

52					
54					
55					
56					
58					
60					

**Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері /
Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (2)**

Жасы, жыл / возраст, годы	Қуықасты безі / Предстательная железа				
	Жалпы ПЕА / общий ПСА, нг/мл	РНІ	ТРУДЗ, биопсия, күні/ биопсия, дата	ТРУЗИ, биопсия, дата	Диагноз
	19	20	21		22
50					
54					
58					
62					
66					

**Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері /
Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (3)**

Ж а с ы , ж ы л возраст, годы	Өңеш, асқазан / Пищевод, желудок		Жуан ішек / Толстый кишечник		
	ЭГДС, күні дата	Диагноз	Гемокульт-тест	Колоноскопия, күні / дата	Диагноз
	23	24	25	26	27
50					
52					
54					
56					
58					
60					
62					
64					
66					
68					
70					

**Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері /
Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (4)**

--	--	--	--	--	--

Токсан-жылы /квартал-год	Бауыр / Печень								
	АФП, нг/мл	УДЗ / УЗИ	Токсан-жылы /квартал-год	АФП, нг/мл	УДЗ / УЗИ	Токсан-жылы /квартал-год	АФП, нг/мл	УЗИ	Бауырдың КТ, МРТ /КТ, МРТ печени
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37

Мамандардың кеңестері / Рекомендации специалистов

Күні/ Дата	Маман, ҚДМ / специалист, ҚДУ	Кеңестері (қысқаша) / Рекомендации (кратко)
38	39	40
Скрининг кезінде зерттеулерден өту үшін дайындалудың ережелері: ... Қанайналым жүйесінің аурулары және қант диабетіне зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс. Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн. Жатыр мойынының обырына Профилактикалық тексеріске дейінгі 48 сағат бұрын жыныстық қатынастардан тартыну, іншектік манипуляцияларды (бүркіп жуу, бұлау, тампондарды қолдану) жүргізуді, іншектік дәрі-дәрмектерді (спермицид, лубрикант т.б.) пайдалануды тоқтату керек. Сүргіндіні етеккір/менструалды цикл басталғаннан 8-19-күні жасаған жөн. Тексерілуден етеккір кезінде, қабынудың белгілері болған жағдайда немесе генетальді инфекцияны емдеу кезінде өтуге болмайды. Сүт безінің обырына 1. Маммографияны етеккір/менструалды цикл басталғаннан 6-9-күні жасаған жөн. 2. Тексерілуге барарда екі бөліктен құрылған киім киген дұрыс – белдемше немесе шалбар және жейде, өйткені тексерілу кезінде әйел белге дейін	Как подготовиться к прохождению исследований при скрининге: Болезней системы кровообращения и сахарного диабета Анализ проводится строго натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. 2. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения, употребления алкоголя, жирной и пищи. Рака шейки матки За 48 часов до профилактического осмотра необходимо исключить половые контакты, влагалищные манипуляции (проведение спринцеваний, ванночек, тампонов), использование вагинальных медикаментов (спермицидов, лубрикантов и т.д.). Мазок предпочтительно делать на 8-19-й день с начала менструального цикла. Нельзя проходить обследование во время менструации, при наличии признаков воспаления или в период лечения от генитальной инфекции. Рака молочной железы Маммографию предпочтительно делать на 6-9-й день от начала менструального цикла. Отправляясь на обследование, следует надеть одежду из двух частей – брюки или юбка и блузка, так как во время обследования женщине надо будет раздеться до пояса. Возьмите с собой сухие	

шешінеді. Өзіңізбен бірге құрғақ сүрткі алыңыз.

Жуан ішек обырына Зерттеуді менструалды циклдан кейінгі 3 күн ішінде , гемморойлық түйіннің қанағыштығы, несепте қан болған жағдайда жасамаған жөн. Тестіні жүргізуге дейінгі 48 сағат ішінде алкогольді, құрамында аспирин бар дәрілерді тұтынудан бас тартқан дұрыс, себебі мөлшерден көп тұтыну ішектің шырышты қабығын коздырып, қанағыштықты туғызуы мүмкін. Арнайы диетаны ұстанудың қажеті жоқ, өйткені скринингте иммунохимиялық тест пайдалынады. Нәжісті тәуліктің кез келеген уақытында алуға болады. Басты талап – материал "жаңа алынған" болуы тиіс.

Егер тестінің өткізілуі туралы нұсқау берілсе – міндетті түрде тестіден өтер алдында онымен мұқият танысып алыңыз.

Өңеш пен асқазан обырына

1. Эзофагогастродуоденоскопи-яны өткізудің басты шарты – процедураны жүргізуге дейінгі 8-10 сағат бұрын тамақтан тартыну. Егер зерттеу күннің бірінші жартысына жоспарланса, қарсаңында 20-00-ге дейін жеңіл ғана кешкі ас рұқсат етіледі.
2. Зерттеу алдында 3-4 сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн.
3. Зерттеу жүргізгеннен кейінгі 30 минут ішінде тамақ пен су ішуге болмайды. Процедура кезінде өзіңізді қалай ұстау керек екеніңізді медицина мамандарынан сұрауға еш қысылмаңыз. Қуықта безінің обырына Қан тапсырар алдындағы 1-2 тәулік бұрын жыныстық қатынастардан тартынған жөн. Зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс.

Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн.

Анализді қауықасты безінің массажи, инструменттік зерттеулерден кейін(трансректальді ультрадыбыстық зерттеу, несеп қуығының цистоскопиясы немесе катетеризациясы) араға кем дегенде бір апта салған уақытта берген дұрыс. Қуықасты безінің биопсиясынан кейін кем дегенде бір ай өту керек.

Бауыр обырына

УДЗ және қанды талдауға алу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс.

Ультрадыбыстық суреттің дұрыс көрінуі үшін симетекон эмульсиясын кешке және зерттеу өткізілетін күні таңертең қабылдағын дұрыс.

с а л ф е т к и .

Рака толстой кишки

Не рекомендуется производить исследование во время и в течение 3 дней после менструального периода, при кровоточивости из геморроидальных узлов, при наличии крови в моче. Рекомендуется воздержание от приема алкоголя и аспириносодержащих препаратов в течение 48 часов до проведения теста, так как их чрезмерное употребление может способствовать раздражению слизистой кишечника и явлению кровоточивости. Нет необходимости придерживаться специальной диеты, т.к. в скрининге применяется иммунохимический тест.

Кал для исследования может быть взят независимо от времени суток. Главное условие – "свежий" материал .

Если выдана инструкция по проведению теста – обязательно перед проведением теста тщательно ознакомьтесь с ней.

Рака пищевода и желудка

1. Главное условие для проведения эзофагогастродуоденоскопии – воздержание от пищи и еды за 8-10 часов до процедуры. Если исследование запланировано в первую половину дня – накануне разрешается легкий ужин до 20-00.
2. За 3-4 часа до обследования необходимо воздержаться от курения.
3. После исследования нельзя пить и принимать пищу в течение 30 минут. Не стесняйтесь спросить врача и медицинскую сестру, как вести себя во время процедуры.

Рака предстательной железы

За 1-2 суток перед сдачей крови следует воздержаться от половых отношений. Анализ проводится строго натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения .

Сдавать анализ нужно не раньше, чем через неделю после массажа предстательной железы, инструментальных исследований (трансректального ультразвукового исследования, цистоскопии или катетеризации мочевого пузыря). После биопсии предстательной железы должно пройти не меньше м е с я ц а .

Р а к а п е ч е н и

УЗИ и анализ крови проводятся натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. Для улучшения визуализации УЗ-картины рекомендуется применение эмульсии симетекона вечером и утром в день исследования.

Амбулаториялық пациенттің
профилактикалық медициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің)
қартасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте
профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного
пациента

Маммограмманы "екінші рет оқу" және қорытындысы туралы жолдама / Направление маммограмм на "вторую читку" и результаты

1. Ұйымның атауы/ Наименование организации: _____	
2. МГ өту уақыты / Дата прохождения МГ: _____	
3. МГ-ның МКДБ-ға келіп түскен күні / Дата поступления МГ в СКДО: _____	
4. ЖСН / ИИН: _____	
5. ТАӘ(болған жағдайда) ФИО(при его наличии: _____	
6. Туған күні/ Дата рождения: _____	
7. Тұратын жері/Место жительства: _____	15. Шағымдар / Жалобы: иә/да - жоқ/нет _____ (қандай 16. Анамнез/Анамнез жылы/год _____
8. Телефон / Контактный телефон _____	17. Аспирация кисты / Аспирация кисты _____
9. Алғашқы маммография / Маммография впервые? иә /да - жоқ/нет	18. Секторлы түрде кесіп алу (қатерсіз ісіктер) / Секторальная резекция (добро образования) _____
10. Скрининг б/ша алғаш рет / По скринингу впервые? иә/да - жоқ/нет	19. Мастэктомия/Мастэктомия _____
Алғаш рет болмаса (өткен күні, жері, қанша рет) / Если не впервые (дата,	20. Ағзаны сақтап қалу отасы / Органосохранная операция _____
	21. Сәулелі терапия / Лучевая терапия _____
	22. _____ Б а с қ а _____ о т а л а р _____ / Другие операции _____
	23. Көрінетін өзгерістер / Видимые изменения железы _____

место прохождения,
который раз): _____

11. Басқа МГ тексерулер /
Другие МГ обследования:
иә/да - жок/нет
иә болса: қашан, қайда /
если да: когда, где _____

12. Бұрынғы
маммограммалардың болуы
/ Наличие предыдущих
маммограмм: иә/да - жок/
н е т

13. Менопауза: иә/да - жок/
нет _____ (қанша жыл /
сколько лет)

14. Тұқым қуу ауруының
болуы/ Наследственность
отягощена? иә/да - жок/нет
Сүт безі қатерлі ісіңгі /рак
молочной железы(кімде? у
кого?) _____

Басқа ағзаларда /др.
локализация _____

_____ (көрсету керек, кімде /
указать какая, у кого)

14. Гормоналмастыру емі /
Гормоназаместительная
терапия: иә/да - жок/нет

24. Терідегі тыртықтар, қалдар, папилломалар
На коже рубец, родинка, папиллома и др.

25. Емшек үрдісінің өзгеруі / Изменение соска

26. Е м ш е к т і ң ы л ғ а д а н у ы
Выделения из соска

27. Д е ф о р м а ц и я , т ы ғ ы
Деформация, уплотнение

линия отрыва

25. Маммография
Ұйымның атауы /
Наименование
организации:

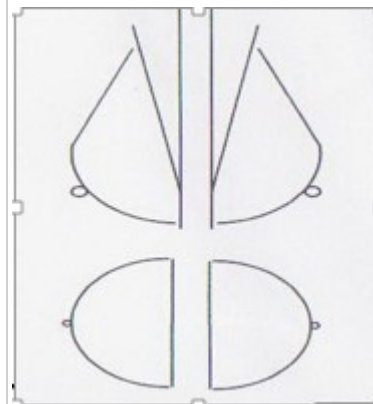
Т.А.Ә. (болған жағдайда)
Ф.И.О. (при его наличии):

Туған күні / Дата
рождения: _____

Маммография өткен күні /
Дата маммографии " _____
" _____ 20 _____

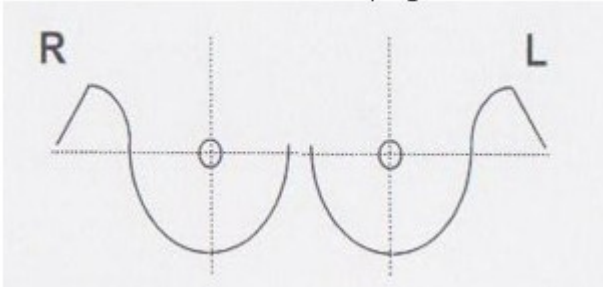
Екінші үшінші рет
оқылған күні / Дата "
второй, третьей читки" " _____

R L



Қ о р ы т ы н
д ы с ы
З а к л ю ч е н и е
В I - R A D S

28. Көрінетін өзгерістер (сурет ретінде көрсету)
 Видимые изменения (зарисовать на рисунке)



33. МГ
 34. Жа
 35. Кө
 36. Жа

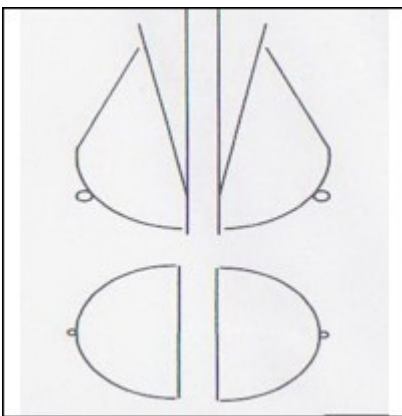
29. Маммограмма проекциясы және оның саны / Проекции маммограмм и их число

Проекциялар/ проекции	R	L
Тура (тік) /Прямая (CC)		
жанама / Косая (OBL)		
Маммограммалар жалпы саны / общее число маммограмм		

37.
 "второй"

30. Қайталанған маммограммалар саны
 /Число повторных маммограмм _____
 Рентгензертханашы / Рентгенлаборант
 ТАӘ, қолы/ ФИО _____
 Қолы /Подпись _____

31. Бірінші оқу қорытындысы/ Результаты "первой читки"(BI-RADS)



R	L
Күні/ Дәрігер, ТАӘ	Дата _____ /Врач, ФИО

38. Үш
 күні
 Жауап
 ТАӘ/
 Қолы

32. МКДБ/СКДО: Рентген сүт безі тығыздығы (I ден IV-дейін)/ Рентгеноплотность железы (от I до IV) R _____
 L _____

линия отрыва

(оборотная сторона)

39. Ұсыныстар / Рекомендации
 1. Екі жылдан соң қайта скринингке шақыру / Пригласить на скрининг через 2 года
 2. МКДБ -ға қосымша скринингке шақыру (МГ, УДЗ, биопсия) / Пригласить на дополнительное обследование в СКДО (МГ, УЗИ, биопсия)

4. Маг
 техни
 Дәріге

3. Қысқамерзімді динамикалық қадағалау _____ кейін / Краткосрочный динамический контроль через _____
_____ м е с я ц е в

Амбулаториялық пациенттің
профилактикалық медициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің)
қартастының қосымша парағы
Вкладной лист к
Карте профилактического
осмотра (скрининга)
амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық және тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное и ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его
наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері / Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

■ түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),

■ түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),

■ түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы)

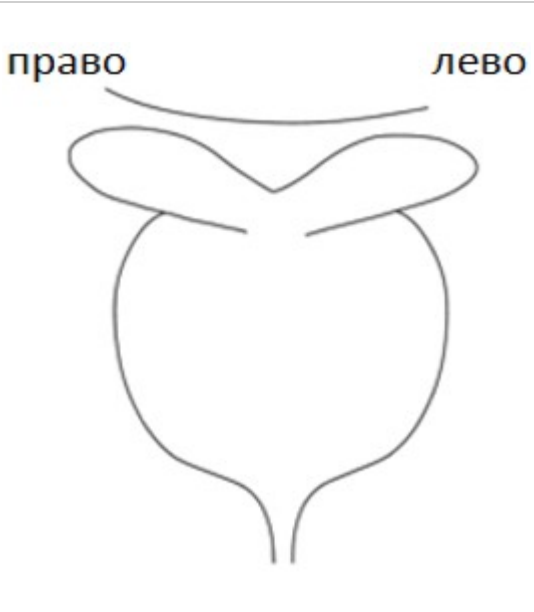
/ куық безінің түгел ұлғайуы(увеличение всей железы),

■ Куық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы)
/жумсақ(мягкая),қиыршықты(каменистая)

■ Куық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

■ Куық безі сырты (поверхность предстательной железы)тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)

■ Куық безінің жоғарғы шекараларысаусаққа (верхняя граница предстательной железы
для пальца)қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

<p>Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются): Иә (Да)/Жоқ (Нет)</p> <p>Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет)</p> <p>Түзіліс окшауланған орын: (Локализация образования): _____</p> <p>Күдікті (Сомнительное): _____</p> <p>Оң; Сол; Екіжақты; (Справа; Слева; Двустороннее)</p> <p>Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____ г</p> <p>Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследования): _____</p> <p>_____</p> <p>Ескертулер (Замечания): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>право лево</p> 
--	---

Ультрадыбыстық зерттеу мәліметтері

Данные ультразвукового исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная): _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)

Өлшемдері (Размеры): _____

Контурлары: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий) _____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоэхогенная) _____

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

Зарарсыз (Доброкачественное): Иә/Жок
Түзіліс оқшауланған орын (Локализация образования): _____

—
Күдікті (Сомнительная):
Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; двусторонняя)

Трансректальді ультрадыбысты зерттеуден анықталған сатысы (Стадия после трансректального ультразвукового исследования): _____

—
Түзіліс көлемі (Объем образования): _____

_____ см³

Өлшеулер көлемі (Объем измерений):

Қуық (Простата):

Ж(Ш)

*

Б(В)

*

Ұ(Д): _____

*

*

_____ көлем (объем): _____ см³

Өтпелі аймақ (Переходная зона):
Ж(Ш)

*

Б(В)

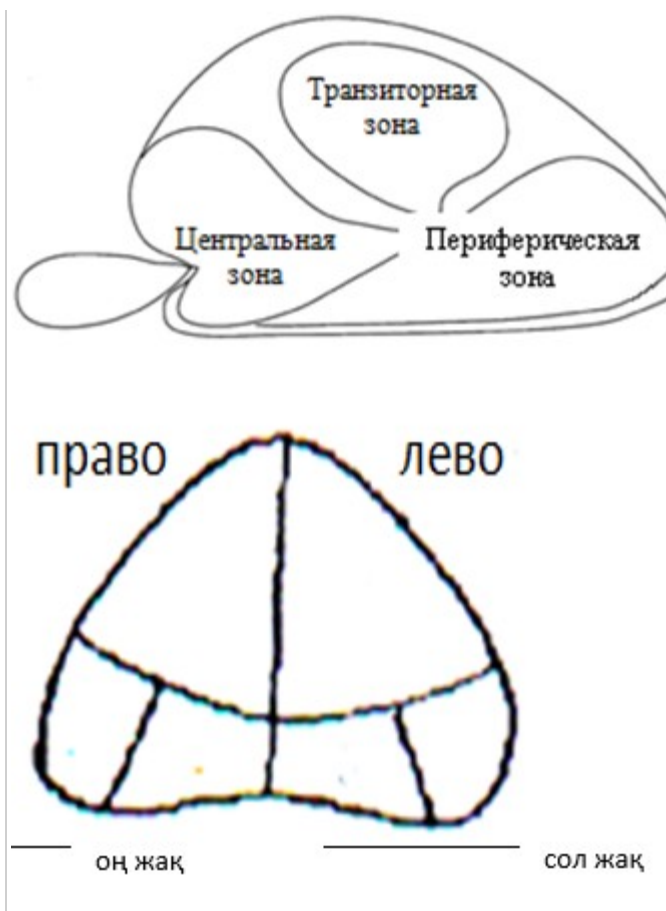
*

Ұ(Д) _____

*

*

_____ көлем(объем): _____ см³



Қорытынды (Заключение):

_____ Биопсия жүргізілген (Биопсия проведена):

Жоқ (нет) / Иә (да)

Дәрігер (Врач) _____

_____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____ қолы (подпись)

Амбулаториялық пациенттің
 профилактикалық медициналық
 тексеріп-қараудың (скринингтің)
 картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к
 Карте профилактического
 осмотра (скрининга)
 амбулаторного пациента

Скрининг бойынша өңеш пен асқазанды эндоскопиялық зерттеудің бланкісі /Бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка по скринингу

1. Зерттеулер саны/ Номер исследования _____

2. Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого

3. ЖСН/ИИН _____

4. Туған күні /Дата рождения / __/__/__ /__/__/__ /__/__/__ /ж. г. 5. Жас тобы/
Возрастная группа

6. Мекенжайы/ Адрес _____

7. ЭГДС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии / __/__/__ /__/__/__ /__/__/__ /
/ __/__/__ /ж. г.

<p>АЖүргізілген зерттеу көлемі /Объем проведенного исследования</p>	
<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 толық эзофагоскопия ментолық гастроскопия жүргізілді /проведена полная эзофагоскопия и полная гастроскопия</p>	<p>В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар /Осложнения при проведении исследования</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p>2 толық емес эзофагоскопия жүргізілді /проведена неполная эзофагоскопия</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 Асқынуларсыз /Без осложнений</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p>3 толық эзофагоскопия ментолық емес гастроскопия жүргізілді/проведена полная эзофагоскопия и неполная гастроскопия БӨңеш пен асқазанның тазалық дәрежесі/ Степень чистоты пищевода и желудка</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>2 Қан кету/Кровотечение</p> <p>3 Перфорация</p> <p>4 Басқалары /Другие</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 Өңеш пен асқазан құрамынан босатылған /Пищевод и желудок свободны от содержимого</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Г Биопсияны жасау /Проведение биопсии</p> <p>1 Биопсия алынды/Биопсия взята</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p>2 Өңеш құрамынан босатылған, асқазан – таза емес /Пищевод свободен от содержимого, желудок – нечист</p>	<p>2 Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ / Биопсия не взята, т.к. нет показаний</p> <p>3 Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады(құрал-жабдықтар жоқ) / Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствия инструментов, формалина и др.)</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p>3 Өңеш пен асқазан – таза емес/Пищевод и желудок – нечисты</p>	

Д Зерттеу нәтижелері / /Результат исследования

<p>Тікелей ЭГДС кейін/ Непосредственный после ЭГДС</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 2-Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 3-Өңештің қабыну аурулары /Воспалительные заболевания пищевода</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 4-Өңештің жарасы /Язва пищевода</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 6- Баррет өңешінің эндоскопиялық бейнесі / Эндоскопическая картина пищевода Баррета</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні /Полипвидное образование пищевода на тонкой ножке</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 8 - Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні /Полипвидное образование пищевода на широком основании</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 13-Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін катерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага до 1 см</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 14 - Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын катерлі өскіні/Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага более 1 см</p>	<p>Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/ После получения гистологического заключения</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 2 -Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 3 -Өңештің қабыну аурулары / Воспалительные заболевания пищевода</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 4 -Өңештің жарасы/Язва пищевода</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 6 -Баррет өңеші/Пищевод Баррета (ішек метаплазиясы)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полипвидное образование пищевода на тонкой ножке</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 8 -Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні/Полипвидное образование пищевода на широком основании</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 9 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін катерлі өскіні (екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 10 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін катерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 11 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын катерлі өскіні(екі реттік эзофагоскопиямен)/ ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ES 12 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын катерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически</p>
	<p>Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения</p>

Тікелей ЭГДС кейін/Непосредственный после ЭГДС	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 1 Асқазан патологиясыз/ Желудок без патологии
GS 1 Асқазан патологиясыз/Желудок без патологии	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары /Наследственные заболевания желудка, anomalies развития
GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания желудка, anomalies развития	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 3 Асқазанның қабыну аурулары /Воспалительные заболевания желудка
GS 3 Асқазанның қабыну аурулары / Воспалительные заболевания желудка	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка
GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні /Подслизистое образование желудка
GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні/ Подслизистое образование желудка	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке
GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на широком основании
GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на широком основании	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 8 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні (екі реттік гастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)
GS 12 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага до 3 см	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 9 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ге дейін асқазанның қатерлі өскіні/ ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное морфологически
GS 13 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага более 3 см	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GS 10 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні (екі реттік гастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)
	<input type="checkbox"/>
	GS 11 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ден асатын асқазанның қатерлі өскіні/ ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное морфологически

Е Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі/Результат гистологического исследования,

дата получения

1 Онкологиялық ауру расталды /Онкологическое заболевание подтверждено



2 Онкологиялық ауру расталмады/Онкологическое заболевание не подтверждено

ЭГДС сипаттамасы /Описание ЭГДС

Қорытынды/ Заключение _____

Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/
Ф.И.О. (при его

наличии), подпись и личная печать врача проводившего

исследование _____

Амбулаториялық пациенттің
профилактикалық медициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің)
қартасының қосымша парағы

Вкладной лист к
Карте профилактического
осмотра (скрининга)
амбулаторного пациента

Скрининг	бойынша	колоноскопиялық	зерттеу	бланкісі/ скринингу
Бланк	колоноскопического	исследования	по	исследованию _____
1. Зерттеулер	саны/	Номер	исследования	_____
2. Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____				
3. ЖСН/ИИН _____				
4. Туған күні /Дата рождения /__/__/__/__/__/__/__/ж. г. 5. Жас тобы/ Возрастная группа _____				
6. Мекенжайы/ Адрес _____				
7. КС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии /__/__/__/__/__/__/__/ж. г.				
АЖүргізілген зерттеу көлемі / Объем проведенного исследования				
1 – Жаппай колоноскопия жүргізілді (тік ішектен соқыр ішек күмбезіне дейін)/Проведена тотальная колоноскопия (от прямой кишки до купола слепой кишки)				
2 – Жаппай колоноскопия тиісті емес дайындық себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине неадекватной подготовки				
3 – Жаппай колоноскопия ауырсыну мен науқастың зерттеуді әрі қарай жүргізуден бас тартуы себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине боли и отказа пациента от дальнейшего исследования				
4 – Жаппай колоноскопия техникалық себептермен жүргізілмеді – соқыр ішек күмбезіне жету мүмкін емес /Тотальная колоноскопия не проведена по техническим причинам – невозможность достигнуть купола слепой кишки				
5 – Жаппай колоноскопия басқа себептермен жүргізілмеді (көрсетіңіз)/ Тотальная колоноскопия не проведена по другим причинам (указать) _____				
6 – Колоноскопия медициналық қарсы көрсетілімдерге байланысты жүргізілмеді/Колоноскопия не проведена в связи с медицинскими противопоказаниями				

7 – Колоноскопия зерттелетін науқастың бас тартуына байланысты жүргізілмеді/ Колоноскопия не проведена в связи с отказом исследуемого

8 – Седация қолданылған/ Использована седация

Бішек тазалығының дәрежесі / Степень чистоты кишечника

1 – Ішек қанағаттанарлық түрде дайындалған / Кишечник подготовлен удовлетворительно

2 – Ішек қанағаттанарлықсыз дайындалған / Кишечник подготовлен неудовлетворительно

В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар / Осложнения при проведении исследования

1 – Асқынуларсыз/ Без осложнений

2 – Қан кету / Кровотечение

3 – Перфорация / Перфорация

4 – Басқалары /Другие

Г Биопсияны жасау / Проведение биопсии

1 – Биопсия алынды/Биопсия взята

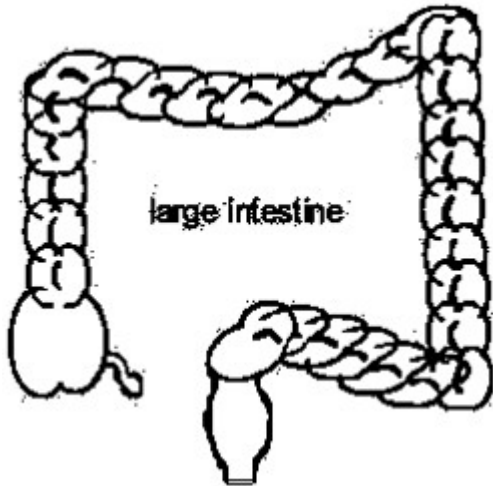
2 – Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ/ Биопсия не взята – нет показаний

3 – Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады (құрал-жабдықтар жоқ)/ Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствие инструментов, формалина и др.)

Д Зерттеу нәтижелері / Результат исследования

Тікелей колоноскопиядан кейін / Непосредственно после колоноскопии	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения
CS 1 – патологиясыз/без патологии	CS 1 – патологиясыз/без патологии
CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития	CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития
CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки	CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки
CS 4 – полип тәрізді өскіндер/полиповидные образования	CS 4 – полип тәрізді өскіндер/ полиповидные образования
CS 9 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні / эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см	CS 5 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні/ ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см без морфологической верификации
CS 10 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см	CS 6 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически
	CS 7 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см без морфологической верификации
	CS 8 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически

Е Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі / Результат гистологического исследования, дата получения



Қорытынды/ Заключение _____

Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/ Ф.И.О. (при его наличии),
подпись и личная печать врача проводившего исследование _____

—

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 22-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша Код организации по БИН _____	ұйым	коды	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907			

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы

Контрольная карта диспансерного наблюдения

	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код и л и № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____
	Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____
	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. Врача (при его наличии)) _____	Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____
Лауазымы (Должность) _____	күні (дата) _____
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____	Сопутствующие заболевания _____
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ___ / ___ / ___ (кк / аа / жжжж) (чч / мм / гггг)	Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) / ___ / ___ / ___ (кк/аа/жжжж) (чч / м м / г г г г)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) / ___ / ___ / ___ (кк/аа/жжжж) (чч / м м / г г г г)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаучаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды(перевод в другую мед. орг.), басқа өнерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____

К е л у і
(Назначено явиться)

т а ғ а й ы н д а л д ы

12. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару

(керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету).

Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод

инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

13. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

14. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару) (

**Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация,
санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)**

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационаророзамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының қосымша
парағы

Вкладной лист к контрольной
карте диспансерного наблюдения

Кардиологиялық науқастың диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы

**Контрольная карта диспансерного наблюдения кардиологического
больного**

Дәрігердің Т.
А. Ә. (болған
жағдайда)
(Ф. И. О. (при
его наличии)
в р а ч а)

Лауазымы (Должность) _____

Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____

Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № меди карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____

Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого в диспансерное наблюдение _____

*) _____

*) _____ 10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

*) _____ I21 - I22.9, I25.2 кодтары кезінде мыналарды белгілеу керек (при кодах I21-I22.9. I25.2- необ отметить):

ишемия симптомдары басталған уақыт (индекстік оқиғадан бастап) (время от начала симптомов ишемии (от индексного события)): сағат мин. (час мин.)	медициналық көмек алу үшін жүгіну уақыты (индекстік оқиғадан бастап) (время обращения за медицинской помощью (сағат мин.) (час мин.)	оқиға орын алған жер (место, где случилось событие): 1-үйде (дома), 2-стационарда (в стационаре), 3-қоғамдық орында (в общественном месте), 4-басқа жерде (в другом месте).	тромболитикалық терапия өтпеді / проведена тромболитическая терапия): 1- госпитальға д кезеңде (на догоспитальном э -стационарлық кезеңде стационарном этапе), 3-откізі (не проведена)
--	--	---	--

Диагноз қойылған күні (Дата установления диагноза): /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (Хроническая сердечная недостаточность (Х СН) иэ (да) _____ жоқ (нет) _____ Функционалдық класс ЖСЖ (астын сызыңыз) (Функциональный класс ХСН (подчеркнуть) - I , II Сопутствующие заболевания _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (нужное подчеркнуть) _____

Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагностический код которому оформлена инвалидность) _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____

Диагноз өмірінде 1 -рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____

_____ (д а к ү н і) _____

мм/гггг)	Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, ба
Шығарылу	керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмот
себебі	(скрининге, другое (нужное подчер
Причина	Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга)_____
снятия):	Анықталған диагноз (АХЖ-10 коды) (Выявленный диагноз (код МКБ-10))_____
сауығу	(Флюорографиялық карау (Флюорографический осмотр) _____
выздоровление	
) , диагноздың	
өзгеруі	(
изменение	
диагноза),	
басқа учаскеге	
ауыстырылды	
(перевод на др	
. участок),	
басқа мед	
ұйымға	
ауыстырылды	
(перевод в	
другую мед.	
орг.), басқа	
өнерге кету	(
выезд в другой	
регион), шет	
елге кету (за	
пределы	
страны), өлім	(
смерть)	
керегінің	
астын	
сызыңыз)	(
нужное	
подчеркнуть)	

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ 3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть) _____

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____

қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность)

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі (Назначено явиться)	тағайындалды									
Келді (Явился)										
Үйінде қарау (Посещения на дому)										
Келуі (Назначено явиться)	тағайындалды									
Келді (Явился)										
Үйінде қарау (Посещения на дому)										

12. Өткізілген операциялар (Проведенные операции)	иә, жылды көрсету (да, указать год)	жөк (нет)
Реваскуляризация (АКШ, стентирование)		
Ресинхронизациялық терапия - имплантация CRT, CRTD, ICD (керекті астын сызыңыз) (Ресинхронизирующая терапия - имплантация CRT, CRTD, ICD (нужное подчеркнуть))		
Жүректің қақпақшасына (На клапанах сердца): протездеу/ жүрек қақпақшаларының пластикасы (керекті астын сызыңыз) (протезирование/пластика клапанов (нужное подчеркнуть))		
Имплантация VAD		
13. Тексеру зерттеулер (Диагностические обследования)	Көрсеткіштер (Показатели)	
ЭХОКГ деректер (Данные ЭХОКГ): диастола соңындағы көлем, мл (конечный диастолический объем (КДО), мл)		
Диастола соңындағы өлшемі, мл (конечный диастолический размер (КДР), мм)		
Өкпе артериясындағы есеп айыратын систолалық қысымы, мм с. б. (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии), мм рт. ст.)		
Сол қарыншаның шығарынды фракциясы (\leq 35%) (фракция выброса левого желудочка (\leq 35%))		
6 мин. жүріс тесттің нәтижелері, м (Результаты теста 6 мин. ходьбы, м)		

14. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

иә (да)

жоқ (нет)

15. АББ қатысу (Ауруларды басқару бағдарламасы) (Участие в ПУЗ (программе управления заболеваниями)):

иә (да)

жоқ (нет)

16. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару

(керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету). Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без

перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

17. Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) декомпенсациясы себебі бойынша

емдеуге жатқызу иә, жоқ (керекті астын сызыңыз), оның ішінде стационардан шыққан 30 күн

ішінде: иә, жоқ (керекті астын сызыңыз) (Госпитализация по поводу декомпенсации ХСН - да,

нет (нужное подчеркнуть), в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара - да, нет

(нужное подчеркнуть))

18. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об

изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

19. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу,

жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение,

трудоустройство, перевод на инвалидность)

	Емдеуге жатқызу (госпитализация), оның ішінде ЖСЖ декомпенсация себебі бойынша 30 күн бойы стационарға	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу)
--	--	---

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Қан тобы (Группа крови) _____

Резус-факторы (Резус-фактор) _____

Науқастың үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон
больного)

Тұрақты мекенжайы бойынша По месту жительства

АҚҚ АД	ЭКШ мен Частота импульсов ЭКС и ЭКГ	ЭКГ-нің импульстер	жиілігі	Дәрігердің Фамилия врача	тегі

Денесіне ЭКШ қойылған күні (Дата имплантации ЭКС) _____

Мүмкіндік (Доступ)

ЭКШ түрі (Тип ЭКС) _____

Паспорт бойынша ритмі (Ритм по паспорту) _____

Электродтар (Электроды) _____

ЭКШ-ты ауыстырудың жоспарланған күні (Дата плановой смены ЭКС)

Науқасты бақылау (Наблюдение за больным)					
Қарау Дата осмотра	күні	Науқастың Общее состояние больного	жалпы жағдайы	Тамыр Пульс	соғуы

Денесіне ЭКШ қай медициналық ұйымда қойылды, мекенжайы мен телефоны
(Адрес и телефон
медицинской организации, где производилась имплантация ЭКС)

ДӘРІГЕРДІҢ НАЗАРЫНА!

ЭКШ қойылған бірінші жылы науқасты жүйелі түрде, тұрақты мекенжайындағы емханада

әр 4 ай сайын бақылап тұру ұсынылады, екінші жылы әр 2 ай сайын, ары қарай – ай сайын.

Тексеру бірліктері ЭКГ бойынша жазу 50 мм/сек жылдамдықта анықталады.

Ритмнің азаюы немесе көбеюі (минутына 8 импульстан жоғары), табиғи және жасанды

ритмдер арасында бәсекелес туған жағдайда операция жүргізілген медициналық ұйымға

хабарлау қажет.

ВНИМАНИЮ ВРАЧА!

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 месяца в течение первого года после имплантации

ЭКС, каждые 2 месяца в течение второго года, далее - ежемесячно. Контролируемые

величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек.

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновении

конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинскую организацию, где производилась операция.

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының
қосымша парак
Вкладной лист
к контрольной карте
диспансерного наблюдения

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациентті диспансерлік қадағалау картасы

Карта диспансерного наблюдения

пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы

	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының к о д ы _____ н е м е с е _____ № _____ (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____
Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) * (Ф. И. О. (при его наличии) врача)	
Лауазымы (должность)	
_____	_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного)	Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) <input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> И ә _____ (д а) _____ , Диагноз қою күні (Дата установления диагноза) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/г г)
_____	Ауру анықталды (Заболевание выявлено): <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением), <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре), <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> скрининг кезінде (при скрининге), <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> б а с қ а _____ (д р у г о е)
Науқас бекітілген медициналық ұйым (медицинская организация, к которой прикреплен больной)	Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга) _____ (кк/аа/жж) _____ (д д / м м / г г)
_____	Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі (ЖСЖ) Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> И ә _____ (д а) _____
Диагноз қою күні (дата установления диагноза): /____/____/____	ЖСЖ функционалдық класы (Функциональный класс ХСН) (NYHA бойынша) - <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> I, <input type="checkbox"/> II, <input type="checkbox"/> III,
/____ (кк/аа/жж) (чч/мм/г г г г)	
Есепке алу күні (дата взятия на учет) /____/____/____	
(кк/аа/жж) (чч/мм/г г г г)	

Есептен шығару күні (дата снятия с учета) /_ I _____ V _____ /_____ /_____ /_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	Леспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____ (А Х Ж - 1 0 бойынша код) (код по МКБ-10) _____
Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету , қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз) (Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза, перевод в другую мед. орг., выезд в другой регион, за пределы страны, смерть (нужно подчеркнуть)	Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная масса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____ Оналту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектіктің болуы (наличие инвалидности) _____ <input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> и э _____ (д а) , Мүгедектік ресімделген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____ (АХЖ-10 бойынша коды) (код по МКБ-10) _____ Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности) _____ күні (дата) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг) мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____ _____ Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____ _____

1. Тегі (фамилия) _____

Аты (имя) _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)(

Отчество (при его
наличии)) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Пол: ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Туған күні (дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

5. Бойы (рост) _____ Салмағы (вес) _____ ДСИ (ИМТ) _____

6. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (адрес постоянного места жительства): облыс

(область) _____, аудан (район) _____,

елді-мекен

(населенный пункт) _____, көше (улица) _____, үй

№ (№ дома) _____, пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

7. Үй телефоны (домашний телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (профессия, должность) _____

10. Қадағалану жылы (год наблюдения) _____

11. Келуді бақылау (контроль посещений)

К е л у Назначено явиться	т а ғ а й ы н д а л д ы																			
К е л д і Явился																				
Ү й г е Посещения на дому	к е л у																			
К е л у Назначено явиться	т а ғ а й ы н д а л д ы																			
К е л д і Явился																				
Ү й г е Посещения на дому	к е л у																			

■ Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать

возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін,

6 айдан кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12

месяцев (от начала заболевания):

12. Стенокардия ұстамалары (приступы стенокардии): <input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> жоқ (нет)	13. Шырыққан ФК стенокардиясы (стенокардия напряжения ФК) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> тыныштық стенокардиясы (стенокардия покоя)	14. ЭКГ деректері (ЭКГ данные): <input type="checkbox"/> синустық (синусовый) <input type="checkbox"/> ЖК (ФП) <input type="checkbox"/> ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST) <input type="checkbox"/> өзгерістер жоқ (нет изменений)
		17. ЭХоКГ: <input type="checkbox"/>

<p>15. Динамикадағы стресс-тест (Стресс-тест в динамике):</p> <p><input type="checkbox"/> сынамасы оң (п р о б а положительная)</p> <p><input type="checkbox"/> сынамасы теріс (п р о б а отрицательная)</p> <p><input type="checkbox"/> жасалған жоқ (не проводилась)</p>	<p>16. Физикалық жүктемеге толеранттылық (толерантность к физической нагрузке):</p> <p><input type="checkbox"/> жоғары (высокая)</p> <p><input type="checkbox"/> орташа (средняя)</p> <p><input type="checkbox"/> төмен (низкая)</p>	<p>соңғы диастоалық мөлшер (СДМ) (конечный диастолический объем (КДО), _____мл</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>соңғы диастоалық көлем (СДК) конечный диастолический размер (КДР), _____мм</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>ӨАЕСҚ (Өкпе артериясындағы есептік систоалық қысым) (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии) _____ мм. рт. ст</p> <p>ОҚ ШФ соңғы өлшеу (Последние измерения ФВ ЛЖ):</p> <p><input type="checkbox"/> N (>50%)</p> <p><input type="checkbox"/> болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)</p> <p><input type="checkbox"/> қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)</p> <p><input type="checkbox"/> айқын сипатталып (төмендеу выраженное снижение) (<30%)</p> <p><input type="checkbox"/> жасаған жоқ (не делали)</p>
--	--	--

18. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (Постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

Препараттарды қабылдау (Прием препаратов):

- иә (да)
- жоқ (нет)
- жартылай (частично)

<p>Ацетилсалицил Ацетилсалициловая кислота</p>	<p>қ ы ш қ ы л ы</p> <p><input type="checkbox"/> жоқ (нет)</p> <p><input type="checkbox"/> иә (да)</p> <p><input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>
<p>Тикагрелор /</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет)</p> <p><input type="checkbox"/> иә (да)</p> <p><input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>

Клопидогрел	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
b - б л о к а т о р л а р ы b-блокаторы	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
С т а т и н д е р Статины	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
ААФИ (ИАПФ)	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
БРА	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
С а Антагонисты Са	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Н и т р а т т а р Нитраты	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)

а н т а г о н и с т е р і

Пероралды Пероральные антикоагулянты	антикоагулянттар	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Б а с қ а Др.препараты	п р е п а р а т т а р	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Екінші рет профилактикалау Программы вторичной профилактики	бағдарламалары	

19. Сыртартқыда операциялық шара қолдану (Оперативные вмешательства в анамнезе)

жоқ

(нет)

Иә (Да)

белгісіз (неизвестно) күні (дата) _____ кк/аа/жж

(дд/мм/гг)

20 Операция атауы (Название

операции) _____

_АХЖ-9

бойынша код (код по МКБ-9) _____

21. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

жоқ (нет)

иә (да)

22. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления

заболеваниями):

жоқ (нет)

иә (да)

23. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру

(керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (

нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

24. Қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация) -

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде

стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

25. ЖСЖ бар қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация с ХСН) -

жоқ (нет)

иә

(да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней

после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

26. Диагноздың өзгеруі, ілеспелі аурулар, асқынулар туралы жазбалар (Записи об изменении

диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях) _____

27. Емдеу-профилактикалық емшаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық-курорттық ем, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке ауыстыру)

6 ай (мес.),

1 жыл (года)

32. Аутопсия жасалды (проводилась):

Жок (нет)

Иә (да) күні (дата) _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

33. Дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) (ФИО (при его наличии)

врача) _____ Қолы (Подпись) _____

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының
қосымша парақ
Вкладной лист
к контрольной карте
диспансерного наблюдения

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациентті

диспансерлік қадағалау картасы

Карта диспансерного наблюдения

пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) Лауазымы (должность) _____ ----- Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного) _____ _____ -	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының к о д ы _____ н е м е с е _____ № _____ (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) * _____ _____
--	---

	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)
Науқас бекітілген медициналық ұйым (медцинская организация, к которой прикреплен больной)	<input type="checkbox"/> Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) <input type="checkbox"/> жоқ (нет) и ә (д а) , Диагноз қою күні (Дата установления диагноза) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/г г)
-----	Ауру анықталды (Заболевание выявлено): <input type="checkbox"/> емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением), <input type="checkbox"/> Диагноз қою күні (дата установления диагноза): /___/___ / _____ (кк/аа/жж) (чч/мм/г г г г) <input type="checkbox"/> профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре), <input type="checkbox"/> скрининг кезінде (при скрининге), <input type="checkbox"/> б а с қ а (д р у г о е)
Есепке алу күні (дата взятия на учет) /___/___ / _____ (кк/аа/жж) (чч/мм/г г г г)	Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга) _____ Ілеспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____ _____ (А Х Ж - 1 0 бойынша код) (код по МКБ-10) _____
Есептен шығару күні (дата снятия с учета) /___/___ / _____ (кк/аа/жж) (чч/мм/г г г г)	Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная масса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____
Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету, қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз) (Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза, перевод в другую мед. орг., выезд в другой регион, за пределы страны, смерть (нужное подчеркнуть)	Оналту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектік болған кезде, мүгедектік ресімделген диагноз (при наличии инвалидности, диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____ _____ (АХЖ-10 бойынша коды) (код по М К Б - 1 0) _ _ Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы _____ (группа инвалидности) _____ Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____ -----

1. Тегі (фамилия) _____

Аты (имя) _____ Әкесінің аты(болған жағдайда) (отчество(при его наличии)) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Пол: ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Туған күні (дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

5. ӘАБК коды (код КАТО)

6. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (адрес постоянного места жительства): облыс _____

(область) _____, аудан (район) _____, елді-мекен _____

(населенный пункт) _____, көше (улица) _____, Ұй № (№ дома) _____,

пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

7. Ұй телефоны (домашний телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (место работы (учебы))

9. Кәсібі, лауазымы (профессия, должность)

10. Қадағалану жылы (год наблюдения) _____

11. Келуді бақылау (контроль посещений)

К е л у Назначено явиться	т а ғ а й ы н д а л д ы																
К е л д і Явился																	
Ү й г е Посещения на дому	к е л у																
К е л у Назначено явиться	т а ғ а й ы н д а л д ы																
К е л д і Явился																	
Ү й г е Посещения на дому	к е л у																

■ Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать

возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін, 6 айдан

кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12 месяцев (от начала заболевания):

12. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического

дефицита по шкале NIHSS), баллды көрсету (указать балл)_____:

13. Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

0-ден –

25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 - выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 - умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 - легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности)

14. Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в

повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді) (от 0 до 5 -зависим от посторонней

помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или

требует неразумных затрат времени);

6-дан – 10-ға дейін – карауды қажет етеді (ауызша көмек) (от 6 до 10 –требуется

присмотр (вербальная помощь);



11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады) (11 и более – независим (может использовать вспомогательные приспособления).

15. Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету (Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл) _____



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)



3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень – умеренно выраженные признаки инвалидности),



4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень – наличие выраженных признаков инвалидности)



5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень – сильно выраженные признаки инвалидности)

16. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

	Атауы, дозалар (название, дозы)	Код	
			<input type="checkbox"/> жоқ (нет)

<p>Өмір сүру салтын өзгерту бойынша ұсыныстарды орындау (шылым шегу, алкоголь, қозғалу белсенділігі, диета) (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни (курение, алкоголь, двигательная активность, диета)</p>		<input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
<p>Гипотензиялық препараттар Гипотензивные препараты</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
<p>Антикоагулянттар Антикоагулянты</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
<p>Антиагреганттар Антиагреганты</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
		<input type="checkbox"/>

С т а т и н д е р Статины			<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
Б а с қ а Др.препараты	п р е п а р а т т а р		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)

17. Сыртартқыда операциялық араласулардың болуы (оперативные вмешательства в анамнезе)

жоқ (нет)

жоқ (нет)

белгісіз (неизвестно)

иә (да)

күні (дата)

_____ дд/мм/гг (кк/аа/жж)

Каротидтік эндартерэктомия (каротидная эндартерэктомия)

Экстракраниальды немесе бассүйекішілік артерияларды стенттеу
(стентирование экстракраниальных или интракраниальных артерий)

Аневризмаға клипс салу (клипирование аневризмы)

Аневризманы эмболизациялау (эмболизация аневризмы)

Экстра-бассүйекішілік тамырлы анастомоз (экстра-интракраниальный сосудистый анастомоз)

Артериялық-веналық мальформацияны кесіп алып тастау (иссечение артериовенозной мальформации)

Артериялық-веналық мальформацияны эмболизациялау (эмболизация артериовенозной мальформации)

Үңгірлі ангиоманы алып тастау (удаление кавернозной ангиомы)

басқалар, түрін көрсету (другие, указать какие)
Басқа операциялардың атауы (название других операций) _____

АХЖ-

9 коды (код по МКБ-9) _____

18. Диагностикалық зерттеулер (Диагностические обследования)	Көрсеткіштер (Показатели)
Ж Қ Т ОАК	
Коагулограмма	
Глюкоза	
Л и п и д т і Липидный спектр	с п е к т р
Брахицефальді УЗДГ брахицефальных артерий	артериялардың УДДГ
ТИА кезінде бастың экстра- және (немесе) бассүйекішілік артерияларының стенозын немесе окклюзияларын диагностикалау үшін МСКТА немесе МРА	

МСКТА или МРА для диагностики окклюзии или стеноза экстра- и(или) интракраниальных артерий головы при ТИА	
Ми тамырларының ангиографиясы Ангиография сосудов головного мозга	

19. Созылған оңалту (Продолженная реабилитация)

МДК мамандарының тексеріп-қарауы (Осмотр специалистов МДК)

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

кинезиотерапевт

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар

(занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

Қимыл-қозғалыс бұзылуларында (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

өз-өзіне қызмет көрсетуде тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру

бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

жеке пассивті және активті ЕФК (индивидуальная пассивная и активная ЛФК)

Физиотерапевт

физиотерапия

Оңалту әлеуетін белгілеу (Определение реабилитационного потенциала)

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру) благоприятный (частичная

реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

қолайсыз (неблагоприятный)

20. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

жоқ (нет)

иә (да)

21. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления

заболеваниями):

жоқ (нет)

иә (да)

22. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру

(керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного

наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное

подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

23. Қайталанған инсульт бойынша емдеуге жатқызу (госпитализация по поводу повторного инсульта)

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ініште (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

24. Диагноздың өзгеруі, ілеспелі аурулар, асқынулар туралы жазбалар (Записи об изменении

диагноза, сопутствующих заболеваниях,

осложнениях) _____

25. Емдеу-профилактикалық емшаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық-курорттық ем, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке ауыстыру)
Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні	Оның ішінде қайталанған инсульт бойынша 30 күннің ішінде стационарға қайтадан емдеуге жатқызу саны	Емдеу-профилактикалық көмекті ұсыну нысаны (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаториялық-курорттық е м д е у)
Дата	в том числе количество повторных госпитализаций в стационар в течение 30 дней по поводу повторного инсульта	Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)
	Санаториялық - курорттық емделу (санаторно-курортное лечение)	
	Жұмысқа орналастыру (трудоустройство)	

26.

қайтыс болды (умер), қайтыс болу күні (дата смерти)

_____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг)

27 Қайтыс болған орны (Место смерти):

үйде (дома),

стационарда (в стационаре),

басқа

жерде (другом месте)

28. Стационардан шыққаннан кейін қайтыс болды (умер после выписки из стационара в течении):

- 1 ай (мес.),
- 3 ай (мес.),
- 6 ай (мес.),
- 1 жыл (года)

29 . Аутопсия жасалды (проводилась): Иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

30. Дәрігердің ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии) врача) _____

____ Қолы
(Подпись)_____

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының
қосымша парақ
Вкладной лист
к контрольной карте
диспансерного наблюдения

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (офтальмология)
Контрольная карта диспансерного наблюдения (офтальмология)

	<p>Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____</p> <p>----- Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>-----</p>
--	---

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда)
(Ф. И. О. (при его наличии) врача)

Лауазымы (Должность) _____
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация,
наблюдающая больного) _____

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой
прикреплен больной)

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /___/___/___ (кк/аа/
жжжж) (чч/мм/гггг)

Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/
/ г г г г)

Шығарылу себебі (Причина снятия) сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаушаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни)

_____ күні (дата)
Сопутствующие заболевания _____

10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность)

10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

_____ белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____

_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности)

Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту

кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужно подчеркнуть)) Флюорографиялық к а р а у (Флюорографический осмотр) _____
 - - - -

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии больного)) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____ қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11 Келуін бақылау (Контроль посещений)

К е л у і (Назначено явиться)	т а ғ а й ы н д а л д ы								
Келді (Явился)									
К е л у і (Назначено явиться)	т а ғ а й ы н д а л д ы								
Келді (Явился)									

12. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының
қосымша парак
Вкладной лист
к контрольной карте
диспансерного наблюдения

Қант диабеті ауруын тіркеу және бақылау картасы

Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом

1. Тегі(Фамилия) _____ Аты(Имя) _____ Әкесінің аты(болған жағдайда)

(Отчество(при его наличии)) _____

2. Туған күні(Дата рождения) / __/ __/ __ / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ г. 3. ЖСК(ИНН)

4. Жынысы (Пол): 1- ер(муж); 2 – әйел(жен); 3. Соңғы келген күні (Дата последнего визита)

/ __/ __/ __ / __/ __/ __ / __/ __/ __ /ж. г.

5. Ұлты(Национальность) _____

6. Тұрғын(Житель): 1- қаланың(города); 2- ауылдың(села)

7. Ұялы телефоны(Сотовый телефон) _____, E-mail _____

8. Тұратын жері (Место жительства): облысы(область) _____
қаласы(город) _____ аудан (район) _____

Елді мекені(населенный пункт) кент(поселок), ауыл(село) _____

9. Мүгедектік(инвалидность): 9.1. Мүгедектік анықталған жыл(год установления инвалидности) _____

10. Мүгедектік тобы(Группа инвалидности): 1-ші топ(1 группа); 2-ші топ(2 группа); 3-ші топ(3 группа); бала кезден(инвалид детства)

11. Мүгедектіктің себебі(Причина инвалидности): 1-қант диабеті(сахарный диабет); 2-миокард инфаргі(инфаркт миокарда); 3-ми қан айналымының бұзылуы(нарушение мозгового

кровообращения); 4-көру қабілетінің жоқтығы(отсутствие зрения); 5-

нефропатия(нефропатия);6-аяқтардың ампутациясы(ампутация конечностей);
7-қан

тамырларының асқынуы(сосудистые осложнения);8-басқа ауру түрлері(
другие заболевания)

12. Есепке алынған күні(Дата взятия на учет) /__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж.г.

13. Бақылауға алған дәрігер(Врач, ведущий наблюдение) _____

14. Басқа мекемеден келді(поступил из другой организации): иә(да)жоқ(нет)

15. Бақылауға алған медициналық мекеме(медицинская организация
наблюдения) _____

16. Толтырылған күні(дата заполнения) /__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж. г.

17. Қайтыс болған күні(дата смерти)/__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж. г.

18. Қайтыс болу себебі(причина смерти:)1-қантты диабет(сахарный диабет)
диабеттік

кома(диабетическая кома); гипогликемиялық кома(гипогликемическая кома);
басқа

себептер(другие причины); 2-қант диабетінің асқынуы(осложнения сахарного
диабета); 3-басқа

себептер(другие причины); 4-өзіне өзі қол жұмсау(суицид); 5-қайтыс болу
себебі

анықталмаған(причины смерти не установлены)

19. Қайтыс болу себебі (причина смерти)АХЖ шифры (шифр МКБ-10) _____

20. Патологоанатомдық диагноз(патологоанатомический диагноз) _____

21. Есептен шығарған күн (дата снятия с учета) /__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж.
г.

22. Есептен шығару себебі(причина снятия): 1-сауығуы(выздоровление); 2-
басқа жаққа

кетуі(выезд); 3-қайтыс болуы(смерть), 4-диспансерлік байқаудан қол үзуі (
отрыв от

диспансеризации); 5-басқа мекемеге ауысуы(перевод в другую организацию)

23. Негізгі диагноз(основной диагноз)АХЖ шифры(шифр МКБ-10) _____

24. Диабеттің түрі(тип диабета): 1- 1-ші түрі(I тип); 2-ші түрі(2-II тип); 3-
басқа түрлері(другие

виды диабета); 4-глюкоза толерантінің өзгеруі(нарушение толерантности к
глюкозе); 5-жүкті

әйелдердің қант диабеті(сахарный диабет беременных)

25. Ауырлық дәрежесі(степень тяжести): 1-жеңіл(легкая); 2-орташа(средняя); 3-ауыр(тяжелая)

26. Компенсация дәрежесі(степень компенсации): 1-компенсация(компенсация); 2-субкомпенсация(субкомпенсация); 3-декомпенсация(декомпенсация)

27. Диета(диета): иә(да)жоқ(нет) 21.1. Тек қана диета(только диета)(дәрі-дәрмексіз(без лекарственных препаратов):

28. Мектепте оқыған соңғы уақыты(дата последнего обучения в школе) / __/ __/ __/ __/ __/ ж.г.

29. Дәрілік терапияның түрі(Тип лекарственной терапии): 1-бір дәрілік (монотерапия);

2-құрамдастырылған(комбинированная)

30. Инсулин терапиясының басталған жылы(год начала инсулинотерапии) __

31. Гликемияны өзінің бақылауы(самоконтроль гликемии):иә(да)жоқ(нет)

32. Глюкометрдің басым моделі(приоритетная модель глюкометра) _____

33. Глюкометрдің 2-ші дәрежелі моделі(второстепенная модель глюкометра)

34. Тіркелген кездегі мәліметтер(сведения на момент регистрации): бойы(рост) _____ (см);

салмағы(вес) _____ (кг); ИМТ(ИМТ) _____

35. гликировандық гемоглобин(гликированный гемоглобин) HbA1c _____

36. Систоликалық қан қысымы(АД систолическое) _____, диастоликалық қан қысымы

(АД диастолическое) _____

37. креатинин(креатинин)ммоль/л _____;

38. жалпы холестерин(общий холестерин)ммоль/л _____; 39. ЛПНП/ЛПНПммоль/л _____

40. Жеткізу құралы(средства доставки):

Құралдар(средства)

41. Қосалқы терапия(сопутствующая терапия): 1-антигипертензиалық(антигипертензивная)

АПФ ингибиторлар(/ингибиторы АПФ), ангиотензия рецепторларының блоктары(блокаторы)

рецепторов к ангиотензиму БРА), диуретиктер(диуретики), ББ бета-блокаторлары (бета-блокаторы ББ), АБ кальций каналдарының блокаторлары(блокаторы кальциевых каналов АБ), АБ альфа блокаторлар(альфа-блокаторы АБ), орталық әрекеттегі препараттар (препараты центрального действия), рениметтік ингибиторлар (прямые ингибиторы ренима); 2- гипополидемиялық препараттар (гипополидемические препараты) статиндер(статины), фибраттар(фибраты), никотин қышқылы (никотиновая кислота), ЖК Омега-3(омега-3 ЖК), эзитимиб(эзитимиб); 3-анемияға қарсы препараттар(антианемические препараты); 4- антиагреганттар(антиагреганты); 5-глюкозаминоглиндар (гликозаминоглиганы)

42. Қабылдаған және көрсетілген дәрі-дәрмектер (полученные и показанные ЛС)

Атауы(название)	Тәуліктік саны(количество в сутки)	Басталған күні (дата начала)	Біткен күні (дата завершения)	Түрі(вид)	Типі (Тип)

43. Асқынулар(осложнения)

Асқыну (осложнение)	Белгіленген жыл (год установления)

1-жіті асқынулар(острые осложнения): кома(кома)гиперосмолярлы(гиперосмолярная), лактаацидотиялық (лактаацидотическая), кетоацидотиялық (кетоацидотическая), гепогликемиялық (гепогликемическая); диабеттік кетоацидоз (комасыз) ауруханаға жатқызуды керек ететін(/диабетический кетоацидоз (без комы), потребовавший госпитализации); 2-диабеттік микроангиопатиялар(диабетические микроангиопатии): ретинопатия (ретинопатия пролиферативтік емес саты (непролиферативная стадия), препролиферативтік саты (препролиферативная стадия), пролиферативтік саты (пролиферативная стадия), терминалды саты (терминальная стадия); нефропатия(нефропатия) С1 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ): С1, С2 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С2), С3а СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3а), С3б СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3б), С4 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С4), С5 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С5) гемодиализ, перитонеалды диализ, бүйрек трансплантациясы,микроальбуминурия,протеинурия,ХПН(

гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки, микроальбуминурия, протеинурия, ХПН); 3-катаракта(катаракта) артифакция(артифакция), көз жанарының жоқтығы (отсутствие зрения); 4-диабеттік макроангиопатия (диабетические макроангиопатии): атеросклероз(атеросклероз) ұйқы артериясының атеросклерозы (атеросклероз сонных артерий), аяқ-қол атеросклерозы (атеросклероз нижних конечностей), ми қан тамырларының атеросклерозы (атеросклероз сосудов головного мозга), бүйрек артериясының атеросклерозы (атеросклероз почечных артерий), коронарлық артериясының атеросклерозы (атеросклероз коронарных артерий); стенокардия(стенокардия): тыныш кездегі (покоя), кернеу(напряжения) бірінші рет пайда болған(впервые возникшая), тұрақты (стабильная), ары қарай жалғасатын (прогрессирующая); миокард инфарктісі (инфаркт миокарда) кернеу(напряжения), бірінші рет (первичный), қайталану (повторный); созылмалы жүрек кемістігі (хроническая сердечная недостаточность) NYHA: I бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: I, NYHA: II бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: II), NYHA: III бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: III), NYHA: IV бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: IV); цереброваскулярлық аурулар(ОНМК, Инсульт) (цереброваскулярные заболевания) (ОНМК, Инсульт) ишемиялық (ишемический), геморрагиялық (геморрагический), мидың транзиторлық бұзылуы (транзиторное нарушение мозга), атеросклеротикалық кардиосклероз (атеросклеротический кардиосклероз); аяқ макроангиопатиясы (макроангиопатия нижних конечностей) сезіну қабілетінің төмендеуі (снижение чувствительности), ауру (боль), ауыспалы ақсаңдау (перемежающаяся хромота), терінің дистрофиялық өзгеруі (дистрофические изменения кожных покровов), трофикалық ойық жара (трофические язвы), диабетикалық табан синдромы (синдром диабетической стопы) нейропатикалық түрі (нейропатическая форма), нейроишемиялық түрі (нейроишемическая форма), остеоартропатиялық түрі (остеоартропатическая форма); 5- диабетикалық нейропатия (5-диабетическая нейропатия): (полинейропатия) полинейропатия, автономды (автономная) көз жанары қызметінің аномалиясы (аномалия зрачковой функции), тердің шығу дисфункциясы (потовыделительная дисфункция), ішек-қарын автономды нейропатиясы (желудочно-кишечная автономная нейропатия), диабетикалық энтеропатия (диабетическая энтеропатия), жүрек-қан тамырының автономды нейропатиясы (сердечно-сосудистая автономная нейропатия), гипогликемияны анықтай алмау синдромы (синдром нераспознавания гипогликемии); сенсорлы (сезімтал) нейропатия (сенсорная (чувствительная) нейропатия) ауырсыну, сезімталдықтың жоғалуы, басқа да сезімталдықтың жоғалуы, диабетикалық нейропатиялық кахексия (болезненная, отсутствие чувствительности, другие

нарушения чувствительности, диабетическая нейропатическая кахексия); 6-басқа да асқынулар (другие осложнения): гипертония (1 сатылық АГ, 2 сатылық АГ, 3 сатылық АГ), гипертония (1 степень АГ, 2 степень АГ, 3 степенъ АГ), дислипидемия (дислипидемия) I-түрі, Iа-түрі, Iіb-түрі, III-түрі, IV-түрі, V-түрі, (тип I, тип IIa, тип IIb, тип III, тип IV, тип V), ампутация (ампутация) бір, бірнеше бармақтар, тізе және одан жоғары ампутациялар (ампутация одного пальца, ампутация более одного пальца, ампутация кисти, ампутация голени, высокая ампутация), физикалық дамудың тоқталуы (задержка физического развития), остеопороз (osteoporosis) остеопения, остеопороз (osteopenia, остеопороз), сынықтар (переломы), анемия (анемия) қандағы темір тапшылығы, нефрогенді, басқа да (железодефицитная, нефрогенная, другая), гиперпаратиреоз (гиперпаратиреоз) бірінші, екінші, үшінші (первичный, вторичный, третичный), диабетикалық қол синдромы (синдром диабетической руки) хайропатия 0-сатысы, I-сатысы, II-сатысы, III-сатысы, IV-сатысы, V-сатысы (хайропатия) стадия 0, стадия I, стадия II, стадия III, стадия IV, стадия V; пародонтоз (пародонтоз); Мориака синдромы (синдром Мориака); Сомоджи синдромы (синдром Сомоджи); гепатит (гепатит); тері патологиясы (патология кожи); липодистрофия (липодистрофия)

44. Диспансеризация (диспансеризация) 45. Емдік-профилактикалық іс-шаралар (лечебно-профилактические мероприятия)

Басталған күні(дата начала)	Біткен күні(дата окончания)	Іс-шаралар(мероприятие) *

*

ауруханаға жатқызу(госпитализация), санаторлы-курорттық емдеу(санаторно-курортное

лечение), мүгедектікке өткізу(перевод на инвалидность)

Шағымдар(жалобы) _____

Объективті статус (объективный статус) _____

Нұсқаулар(рекомендации) _____

46. Дәрігерге келу(посещения)

Келетін күні(дата явки)	Жоспарлы қаралу күні(дата планового осмотра)	Дәрігер(врач)	Пациент жағдайының мониторингі(мониторинг состояния пациента)

		Қаралудың кортындысы(результат осмотра)		*

*

Эндокринологтың, неврологтың, көз дәрігерінің қарауы, диабетикалық табан кабинетінде қаралуы, бойы, салмағы, систолдық АД, диастолдық АД, HbA1c,%, ашқарындағы глюкоза деңгейі (ммоль/л), тамақтанғаннан 2 сағаттан кейін глюкоза деңгейі (ммоль/л), бір айдағы гипогликемияның орташа саны, гипокликемияның ауыр түрі (басқаның көмегіне қажеттілік), жалпы холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицеридтер (ммоль/л), несеп қышқылы (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м²), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

*

Прием эндокринолога, осмотр невролога, осмотр офтальмолога, осмотр в кабинете диабетической стопы, рост, вес, АД систолическое, АД диастолическое, HbA1c,%, уровень глюкозы натощак (ммоль/л), уровень глюкозы через 2 часа после еды (ммоль/л), среднее количество гипогликемий в месяц, тяжелые гипогликемии (потребовалась посторонняя помощь), общий холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицериды (ммоль/л), мочева кислота (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м²), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

47. Жүктіліктер (беременности): жүктіліктің жалпы саны(общее число беременностей) _____, жүктілік саны (число беременностей), қалыпты жүктіліктің саны (закончившихся нормальными родами) _____, Тіркелген жылдағы жүктіліктің өтуі және аяқталуы (жүктілік жоқ, қазіргі уақытта жүктілік бар, жүктіліктің үзілуі, қалыпты босану, өздігінен болған түсік, түсік), (беременность в год регистрации или наблюдения и еҰ исход (беременности нет, беременна в настоящее время, беременность прервана, нормальные роды, самопроизвольный аборт, аборт)), жайсыз аяқталған жүктілік саны (число беременностей с неблагоприятным исходом)

Есепке алынған күн(дата взятия)	Жүктілік мерзімі (срок беременности)	Ауруды бақылайтын медициналық мекеме(мед.организация, наблюдающая больного)	Есептен шығарылған күн (дата снятия)	Босанған (аборт жасаған) күні (дата родов (аборта))

48. Жанама құбылыстар (побочные явления):

		Жанама құбылыстар(побочные явления)
--	--	--------------------------------------

Препарат (препарат)	Алғашқы (впервые)	Алған дозасы(полученная доза)	*

*

Агранулоцитоз,анорексия, эпигастриядағы ауырсыну, бозару(гипогликемиялық жағдай),терлеу,жүрек соғуы, гипогликемиялық кома, диарея, асқазан жұмысының бұзылуы, қалқанша безінің жұмысының бұзылуы, гиперемия (аллергиялық реакция), лейкопения, липодистрофия (ұзақ қолданғанда),безгектік жағдай, ауыздың темір татуы, метиоризм, рефракцияның бұзылуы, ұйқының бұзылуы, гемопоэзаның бұзылуы, бауыр жұмысының бұзылуы, ентігу, қышыма (аллергиялық реакция), қан қысымының төмендеуі, тәбеттің төмендеуі, тахикардия,жүрек айну, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, дәріге аллергия,сарысулық ауру, асқазан жолында стеройдты ойық жараның пайда болуы, есекжем (аллергиялық реакция), өттің қабынуы, аш ішектің тесілуі, ток ішектің тесілуі, асқазаннан қан кету, панкреатит, остепарозбен дамыған қайталмалы гиперпаратиреоз, гиперлипидемия,белоктағы катоболизмнің жоғарлауы, гипергликемия, стеройдты диабет, тері қышымасы (аллегиялық реакция), артқы субкапсулярлы катаракта, ретинит, глаукома, психикалық ауытқу, белсенділіктің төмендеуі, бейжайлық, ұйқысыздық, сарғайған цитостатикалық гепатит, екінші гиперурикемия, некротикалық энтеропатия, геморрагиялық цистит, ангионевротикалық ісік (аллергиялық реакция), гемолитикалық анемия, реактивті менингит, стоматит, терінің бөртуі, шаштын түсуі, өңеш ісігі. (аллергиялық реакция), анафилатикалық шок (аллергиялық реакция), анемия.

*

Агранулоцитоз, анорексия, боль в эпигастрии, бледность (гипогликемическое состояние), потливость (гипогликемическое состояние), сердцебиение (гипогликемическое состояние), гликемическая кома, диарея, диспептические расстройства, дисфункция щитовидной железы, инсулинорезистентность, гиперемия (аллергическая реакция), лейкопения, липодистрофия (при длительном применении), лихорадочное состояние, металлический привкус во рту, метиоризм, нарушение рефракций, нарушение сна, нарушение гемопоэза, нарушение функций печени, одышка, зуд (аллергическая реакция), понижение артериального давления, снижение аппетита, тахикардия, тошнота, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, образование стероидных язв желудочно-кишечного тракта, крапивница (аллергическая реакция), воспаление желчного пузыря, перфорация тонкого кишечника, перфорация толстого кишечника, желудочно-кишечные

кровотечения, панкреатит, вторичный гиперпаратиреоз с развитием остеопороза, гиперлипидемия, повышение катаболизма белка, гипергликемия, стероидный диабет, кожная сыпь (аллергическая реакция), задняя субкапсулярная катаракта, ретинит, глаукома, психическая неуравновешенность, снижение активности, интереса к окружающему, бессоница, цитостатический гепатит с желтухой, вторичная гиперурикемия, некротическая энтеропатия, геморрагический цистит, ангионевротический отек (аллергическая реакция), гемолитическая анемия, реактивный менингит, стоматит, кожные высыпания, облысение, отек гортани (аллергическая реакция), анафилактический шок (аллергическая реакция), анемия

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының
қосымша парак
Вкладной лист
к контрольной карте
диспансерного наблюдения

Бүйрегі ауыратын науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного

с заболеваниями почек № _____

<p>Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача)</p> <p>Лауазымы (Должность) _____</p>	<p>Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____</p> <p>Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____</p> <p>Диагноз өмірінде 1 рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____</p> <p>_____</p> <p>күні (дата)</p> <p>БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП) _____</p> <p>_____</p>
---	--

<p>— Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____</p> <p>— —</p>	<p>-----</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ 10-АХЖ коды (шифр МКБ - 10)</p>
<p>Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____</p>	<p>Сопутствующие заболевания _____</p> <p>_____</p>
<p>Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ____ / ____ / ____ (кк / аа / жжжжж) (чч / мм / гggг)</p>	<p>-----</p> <p>10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____</p>
<p>Есепке алу күні (Дата взятия на учет) / ____ / ____ / ____ (кк/аа/жжжжж) (чч / мм / гggгг)</p>	<p>Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)</p>
<p>Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) / ____ / ____ / ____ (кк/аа/жжжжж) (чч / мм / гggгг)</p>	<p>Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____</p>
<p>Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)</p>	<p>_____</p> <p>10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____</p> <p>белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____</p> <p>_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____</p> <p>Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть))</p>
	<p>Флюорографиялық карау (Флюорографический осмотр) _____</p>

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

2. ЖСН (ИИН) _____
3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))
4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____ қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			
Келуі (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			
Келуі (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			
Келуі (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			

12. Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))

Күні (дата)	Бойы (Рост) (см)	Салмағы (Вес) (кг)	Креатинин	Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))	Бүйректің созылмалы ауруының ағымы (БСА) KDOQI жіктемесі бойынша (стадия хронической болезни почек (ХБП) по классификации KDOQI

13. Бүйрек алмастырушы терапия қолданылады (получает заместительную терапию): Иә / Жоқ

Қолданылатын болса (если да): Перитонеальдық диализ (перитонеальный диализ)/ Гемодиализ

(Гемодиализ)/

Бүйрек трансплантациясы (трансплантация почки)

14. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару

(керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету) (

Эффективность

диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность

(нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать)).

15. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар
(Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

16. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу,

жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение,

трудоустройство, перевод на инвалидность))

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационароразмещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

17. Қайтыс болу себебі (Причина смерти)

шифры (шифр МКБ-10)

18. Қайтыс болған орны (Место смерти) үйде, стационарда, басқа жерде (керегінің астын

сызыңыз) (дома, в стационаре, другом месте (нужное подчеркнуть))

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың
бақылау картасының
қосымша парақ
Вкладной лист
к контрольной карте
диспансерного наблюдения

Бүйрегі трансплантталған науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного с трансплантированной почкой

№ _____

	<p>Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____</p> <p>Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>-----</p> <p>10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____</p> <p>Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____</p>
--	---

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача)	күні (дата)
Лауазымы (Должность)	БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП)
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)	Сопутствующие заболевания
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность)
Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өнерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть)) Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр)

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О(при его наличии).больного)

2. ЖСН (ИИН)

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес)

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____

қызметтік телефоны

(служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы))

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность)

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

К е л у і (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			
К е л у і (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			
К е л у і (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			
К е л у і (Назначено явиться)	тағайындалды																		
Келді (Явился)																			

12. Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))

Күні (дата)	Бойы (Рост) (см)	Салмағы (Вес) (кг)	Креатинин	Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))	Бүйректің созылмалы ауруының ағымы (БСА) KDOQI жіктемесі бойынша (стадия хронической болезни почек (ХБП) по классификации KDOQI

20. Иммунодепрессанттарды қабылдау салдарынан пайда болатын жанама әсерлер (Побочные явления, вызванные применением иммунодепрессантов)

Препараттың патенттелмеген (Международное непатентованное наименование препарата)	халықаралық атауы	Өндіруші ел және фирма (Страна и фирма производитель)	Жанама әсер (Побочное явление)

21. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету).

Эффективность

диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод инвалидность

(нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

22. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях)

23. Бүйрек трансплантациясынан кейінгі асқынулар (Осложнения после трансплантации почки)

А с қ ы н у Вид осложнения	т ү р і Дата	К ү н і Дата

24. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность))

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 23-қосымша

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Д е н с а у л ы қ с а қ т а у м и н и с т р і н і ң м і н д е т і н а т қ а р у ш ы н ы ң 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама	Р е с п у б л и к а с ы Д е н с а у л ы қ с а қ т а у м и н и с т р і н і ң м і н д е т і н а т қ а р у ш ы н ы ң 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а № 0 3 0 - 2 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы

Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством

Картаны толтырған күні

Дата заполнения карты _____

айы, жылы (месяц, год)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____ ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

2. Мекен-жайы (Адрес) _____

Мекен-жайының коды

Код места жительства

республика, өлке, облыс қала, аудан
(республика, край, область) (город, район)

3. Тұрғыны (житель): қаланың (города), ауылдың (села)

4. Жынысы (пол): ер (мужской), әйел (женский)

5. Жұмыс істеуі (работает): иә (да), жоқ (нет)

Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность) _____

Жұмыс істемейтіндер үшін (для не работающих):

Жасы бойынша зейнетақы (пенсия по возрасту) - 2

Мүгедектігі бойынша зейнетақы (пенсия по инвалидности) - 3

Стипендия - 4

Жеке адамдар қолында (на иждивении отдельных лиц) - 5

Басқалар (прочее) - 6

6. Оқуы (Учится в):

орта мектепте (средней школе) --1

КТК (ПТК) --2

орта арнаулы оқу орны (среднем специальном учебном заведении) --3

- жоғары оқу орнында (высшем учебном заведении) --4
басқалар (прочее) --5
оқымайды (не учится) --6
7. Білімі (образование):
жоғары (высшее) --1
аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) --2
арнаулы орта (среднее специальное))
орта мектепте бітірген сыныбының саны
ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп саналмайды
(число оконченных классов средней школы, --3
исключая школу для умственно отсталых)
ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп --4
(школа для умственно отсталых)
басқа (прочее) --5
оқымаған (не учился) --6
8. Кім жіберді (астын сызу керек) (кем направлен (подчеркнуть)):
психиатриялық (психоневрологиялық) ұйым --1
(психиатрическая (психоневрологическая) организация)
наркологиялық ұйым (наркологическая организация); --2
басқа медициналық ұйым (другая медицинская организация); --3
медициналық емес ұйым (немедицинская организация); --4
өзідігінен (самостоятельно); --5
басқа (прочее); --6
9. Ауруды анықтаған негіздер (Источник выявления заболевания):
10. Медициналық ұйым (көрсету)(Медицинская организация (указать))
11. Білім беру органдары: облыстық балалар үйі, жасөспірімдер үйі, мектеп (профтексеру), мектеп
әкімшілігі, ЖОО, балалар үйі (Органы образования (подчеркнуть): областной детский дом, дом
юношества, школа (профосмотр), администрация школы, ВУЗ, детский приют);
12. Құқық қорғау органдары: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, ЖПБ, ТӘАЖ, УИС , Әкімшілдік сотталған
тұлғаларға арналған арнайы қабылдағыш, СИЗО (Правоохранительные органы: УИП, ГДН, ЦВИАРН,
ОПМ, УДП, СОБР, УИС, Спецприемник для административно задержанных лиц, СИЗО);
13. Сараптама: СНЭК, медициналық негіздеу (Экспертиза: СНЭК, медицинское освидетельствование);

14. Шығарым сараптамалары: облыстық наркологиялық диспансері, облыстық психиатриялық

ауруханасы (Выписные эпикризы: областного наркологического диспансера, областной

психиатрической больницы);

15. Военкомат: қалалық, облыстық (Военкомат: городской, областной);

16. Өз бетімен хабарласу (Самостоятельное обращение);

17. Уақытша қалпына келтіру және уытсыздану орталығы (Центр временной адаптации и

детоксикации).

18. Сырқаты басталған күні (Дата начала заболевания):

айы (месяц) жылы (год)

19. Бақылауға алынды (Взят под наблюдение): өмірінде бірінші рет (впервые в жизни) қайталануы

(повторно);

20. АХЖ-10 бойынша диагнозы қойылып қайта қаралған күнімен.

Диагноз по МКБ-10 с датой установления и пересмотра

Қойылған және (қайта қаралған) күні айы жылы Дата установления (пересмотра) месяц год	Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза	Негізгі диагнозының коды Код основного диагноза	Қосалқы диагнозының коды Код сопутствующего диагноза

21. Қоғамға қауіпті іс-әрекеттері - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚҚІӨ)

Общественно-опасные действия – при наличии (далее – ООД)

ҚҚІӨ түрі В и д ООД *)	Бабы Статья	Кодекс	Жасалған күні Дата совершения		ҚҚІӨ түрі В и д ООД *)	Бабы Статья	Кодекс	Жасалған күні Дата совершения	
			а й ы месяц	ж ы л ы год				а й ы месяц	ж ы л ы год

*

Қылмыстық құқық бұзу (Уголовное правонарушение) – 1; әкімшілік (административное) – 2; өзіне-

өзі қол жұмсау (суицидальная попытка) - 3; басқа (прочее) - 8

22. Аутоозбырлық мінез-құлық - болған жағдайда (бұдан әрі –АОМ)

Аутоагрессивное поведение – при наличии (далее – АП)

№	А О М Вид АП *	т ү р і	У ә ж і Мотив * *	Аяқталуы Исход * *	Жасалған күні	
					Дата совершения а й ы месяц	ж ы л ы год

*

Өзін-өзі асу (самоповешение) -1, Өзін-өзі кесу (самопорез) -2, өзін -өзі улау (самоотравление) -3,

биіктіктен құлау (падение с высоты) -4, өзін-өзі ату (самострел) -5, құрамды (комбинированное)- 6,

басқа (прочие) -7

*

*

сандырақтық (бредовой)-1, ауырғыш анестезия (болезненная анестезия)-2, дауыстардың

бұйыруы ("приказ голосов")- 3, наразылықтың реакциясы (реакция протеста) -4, еліктеу реакциясы

(реакция имитации)-5, тұлғааралық кикілжің (махаббат) (межличностный конфликт (любовь))-6,

өмірден шаршауы ("усталость от жизни")-7, аурудан шаршауы ("усталость от болезни")-8, құрамды

(комбинированный)-9, басқалар (прочие)-10

*

*

*

Тірі (жеңіл жарақат) (Жив (легкие травмы))-1, Тірі (ауыр жарақат) (Жив (тяжелые травмы))-2,

өлді (умер)-3, тірі (жарақаты жоқ)(жив (травм нет))-4

23. Бақылау динамикасы

Динамика наблюдения

	Тобы *			Бақылау түрі	Тобы *		
--	-----------	--	--	--------------	-----------	--	--

Бақылау түрі В и д наблюдения *) *)	*) Группа *) *)	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Д а т а окончания		*) В и д наблюдения *) *)	*) Группа *) *)	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Д а т а окончания	
		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год

*)

) Бақылау түрі (вид наблюдения): диспансерлік (диспансерное) – 1; кеңестік (консультативное) –

2; профилактикалық (профилактическое) – 3;

*)
*)

) Арнайы есеп (спеучет) – 8; 1-ден 6 топтарын аймақтың бас психиатрінің (наркологінің)

нұсқауымен тағайындайды (с 1 по 6 группы устанавливаются инструкциями главных психиатров

(наркологов) территории; белгісіз (неизвестно) – 9;

24. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу (Получает заместительную поддерживающую

терапию) _____ жылғы _____ бастап _____ жылғы _____

_____ дейін.

25. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу аяқтау себебі (Причина окончания заместительной

поддерживающей терапии): 1-ерікті тоқтату (добровольное прекращение); 2-келісім-шартын бұзуға

байланысты (в связи с нарушением условий контракта); 3- қылмыстық жауапкершілікке тарту

(привлечение к уголовной ответственности (арест); 4-жүріп кету (выезд); 5-стационарлық емдеу

(стационарное лечение); 6- өлім (смерть); 7- басқасы (прочие)

26. Дәрімен емдеу, оған алмастырғыш қолдаушы терапия препараттарын қоса (Фармакотерапия,

включая препараты заместительной поддерживающей терапии)

*)

Дәрімен емдеу (Фармакотерапия)

*

Препараттың атауы	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Дата окончания		Енгізудің тәсілі	Тәуліктегі ең үлкен мөлшер Максимальная суточная дозировка (мг)	Аяқталған себебі
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			
*					*		*
*					*		*
Наименование препарата					Способ введения		Причина окончания
*					*		*
*					*		*
					*		*

*

) науқасқа тағайындалған барлық препараттар енгізіледі (вносятся все препараты, назначенные больному)

*

*

) саудалық атау (торговое название)

*

*

*

) бұлшық ет ішіне (внутримышечно)-1, көктамыр ішіне (внутривенно)-2, ауыз арқылы (перорально)-3

*

*

*

) нәтиженің жоқ болуы (отсутствие эффекта)-1, аурудың бас тартуы (отказ больного)-2, дәрінің жоқ болуы (отсутствие препарата)-3, емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)-4, емдеу курсының аяқталуы (окончания курса лечения)-5, аллергия -6

27. Емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)

ЕҚК түрі *	Дәрінің атауы *	Енгізудің тәсілі Способ введения	ЕҚК жасаған мөлшерлеме Дозировка, вызвавшая НЯ (мг)
Вид НЯ *	Наименование препарата *		

*

) жедел экстрапирамидтік синдром (острый экстрапирамидный синдром)-1, гормондық

бұзылыстар (гормональные нарушения)-2, ұйқышылдық(сонливость)-3, психоздық

симптомдардың күшеюі (усиление психотических симптомов)-4, ішкі мүшелер тарапынан

бұзылыстар (нарушения со стороны внутренних органов)-5, аллергия-6, басқа (прочее)-7.

*
*

)саудалық атау (торговое название)

Бақылауды тоқтатқанда толтырылады

Заполняется при прекращении наблюдения

28. Бақылауды тоқтату себебі (причина прекращения наблюдения):

жазылуы және жақсаруының тұрақталуы (выздоровление или стойкое улучшение) --1

қайтыс болуы (смерть) -- 2

басқа ауданға көшуі (выезд в другой район) --3

бір жыл бойы мәлімет болмауы (отсутствие сведений в течение года) --4

психикалық (наркологиялық) сырқат диагнозының алынуына байланысты (в связи

со снятием диагноза психического (наркологического) заболевания -- 5

осужден -- 6

басқа (прочее) -- 7

29. Қайтыс болу себебі (причина смерти):

Өзіне өзі қол жұмсауы (самоубийство) --1

Қайғылы жағдай (несчастный случай) --2

Басқа белгілі себептер (другие известные причины) --8

Белгісіз (неизвестно) --9

30. Бақылау алынған күн (дата снятия наблюдения):

күні (день) айы (месяц) жылы (год)

Дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача) _____

31. Уақытша жұмысқа жарамсыздығы туралы белгілер (жұмыстағы адамдар үшін) Отметки о случаях временной нетрудоспособности (для работающих)

Р/с № п/п	Код *	Басталуы Начало			Аяқталуы Окончание			Күндер саны Число дней	Р/с № п/п	Код *	Басталуы Начало			Аяқталуы Окончание			Күндер саны Число дней
		күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год				күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год	

*

) амбулаторлы (амбулаторно) – 1; стационарлы (стационарно) – 2; күндізгі стационар (дневной стационар) – 3;

32. Жыл бойғы жұмысқа жарамсыздығы жайлы жиынтық мәлімет

Жыл Год	Амбулаторлы Амбулаторно		Стационарлы Стационарно		Күндізгі стационар Дневной стационар		Жыл Год	Амбулаторлы Амбулаторно		Стационарлы Стационарно		Күндізгі стационар Дневной стационар	
	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней		қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней

Суммарные сведения о временной нетрудоспособности за год 33.

Науқастың бақылау кезінде арнаулы стационар (күндізгі стационар)

бөлімдерінде болғаны жайлы белгілер Отметки о пребывании больного в специализированном стационаре (дневном стационаре) подразделения за время наблюдения

Стационар түрі Вид стационара *)	Түскен күні Дата поступления			Шыққан күні Дата выбытия			Стационар түрі Вид стационара *)	Түскен күні Дата поступления			Шыққан күні Дата выбытия		
	күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год		күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год

- *)
-) психиатрлік (психиатрическое) – 01; психоневрологиялық (психоневрологическое) – 02;
 - психосоматикалық (психосоматическое) – 03; соматопсихиатр (соматопсихиатр) – 04; күндізгі психиатрлік стационар (дневной стационар психиатр) – 05; түнгі психиатрлік стационар (ночной стационар психиатр) – 06; ықтиярынсыз психиатрлік емдеу (принудительное лечение психиатрическое) – 07; наркологиялық стационар (наркологический стационар) – 11;
 - өндіркәсіпорындағы (при промышленном предприятии) – 12; күндізгі наркостационар (дневной наркостационар) – 13; түнгі наркостационар (ночной наркостационар) – 14; ықтиярынсыз емдеу нарко (принудительное лечение нарко) – 15; ЛТП – 16.

34. Келіп тұруы туралы белгілер (үйде қаралуын қоса) Отметки о посещениях (включая посещения на дому)

	жылы год	айы месяц	күні день	айы месяц	күні день	айы месяц	күні день	айы месяц	күні день	айы месяц	күні день	айы месяц	күні день
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *)													

Тағайындалды Назначено																					
Келді Явился																					
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *																					
Тағайындалды Назначено																					
Келді Явился																					
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *																					
Тағайындалды Назначено																					
Келді Явился																					
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *																					
Тағайындалды Назначено																					
Келді Явился																					
Результат осмотра *																					
Тағайындалды Назначено																					
Келді Явился																					
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *																					

*

) 1-клиникалық көрсеткіштерді жақсарту, 2- клиникалық көрсеткіштердің төмендеуі, 3-созылмалы

аурулардың ұзақтығы мен жиілігін төмендету, 4- денсаулық жағдайы өзгеріссіз. 1- улучшение

клинических показателей, 2-ухудшение клинических показателей, 3-снижение частоты и

длительности хронического заболевания, 4- состояние здоровья не изменилось.

35. Бір жылдық барлық келуі/Всего посещений за год

Жылы Год	Бір жылғы келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год

36. Мүгедектік, патронаж, қамқорлық/Инвалидность, патронаж, опека

Код *)	Қойылған күні Дата установления		Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)		Код *)	Қойылған күні Дата установления		Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)	
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год

*

) Мүгедектігі 1 топ (Инвалидность 1 группы) – 1; мүгедектігі 2 топ (инвалидность 2 группы) – 2;

мүгедектігі 3 топ (инвалидность 3 группы) – 3; баланың мүгедектігі (инвалидность ребенка) – 4;

патронаж – 5; қамқорлық (опека) – 6; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (1 және 2 топ)

(инвалидность по общему заболеванию (1 и 2 группы)) – 7; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (3

топ) (инвалидность по общему заболеванию (3 группы)) – 8.

37. Жұмыс ішкі істер органдары/Работа с органами внутренних дел

Хабарламаны жіберу күні Дата отправки извещения	Жауаптың алынған күні Дата получения ответа	Дата явки Келу күні

38. Үйдегі патронаж /Патронирование на дому

Берілген күні Дата выдачи патронажа	патронаж	Орындалу күні Дата выполнения патронажа	патронаж

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 24-қосымша

A5 форматы Формат А5	Б С Н бойынша Код организации по БИН _____	ұ й ы м к о д ы _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 043/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23"ноября2010 года № 907	

Стоматологиялық науқастың медициналық картасы

Медицинская карта стоматологического больного

№ _____ 20 _____ жылы (год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя,отчество (при его
наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____ ЭАОЖ коды (Код
КАТО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (е, ә) (Пол (м, ж)) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Диагноз _____

Шағымы (Жалобы) _____

Бұрын ауырған және қосалқы сырқаттары (Перенесенные и сопутствующие заболевания) _____

Осы сырқаттың дамуы (Развитие настоящего заболевания) _____

Объективті зерттеу деректері, сыртқы қарау (Данные объективного исследования, внешний осмотр)

Ауыз қуысын қарау, тістердің жағдайы (Осмотр полости рта, состояние зубов)																			
Шартты белгілері: жоқтығы – О, түбір -- Условные обозначения: отсутствует – О, корень -																			
Тіс жегі – С, пульпит – Р, периодонтит - Рt , пломба салынған -П Кариес – С, пульпит – Р, периодонтит -Рt, пломбированный - П	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
Парадонтоз – А, босауы – I, II, III(дәрежесі). Коронка – К. Жасанды т і с - Ж																			
Парадонтоз – А, подвижность – I, II, III (степень), коронка – К, иск.зуб - И																			

Тістем (прикус) _____

Ауыз қуысының, қызыл иектің жылбысқы қабықтарының, альвеолалық
өскіндер мен таңдай
жағдайлары (Состояние слизистой оболочки полости рта, десен,
альвеолярных отростков и
неба) _____

Рентгендік зертханалық зерттеулер деректері (Данные рентгеновских,
лабораторных
исследований) _____

Тексеру жоспары План обследования	Емдеу жоспары План лечения	Кеңестер Консультации	Орындаушы Исполнитель	Тапсырыс беруші Заказчик	Емдеу бағасы Стоимость лечения

Амбулаториялық пациенттің
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Стоматологиялық қабылдауда баланың зерттеу жоспары/ План обследования ребенка на стоматологическом приеме

I. Сыртқы пішінді сыйпаттау:
I. Внешний осмотр:
1. Бойын ұстау – А-қалыпты; Б-арқасы Тегіс; В-бүкіреген; Г-арқасы жоталы; Д-бойын ұстауы енжар 1. Осанка – А-норма, Б-сплошная спина, В – сутуловатость, Г-круглая спина, Д - вялая осанка.
2. Бет – А-түзу; О – екі жағы тең; В – екі жағы тең емес; Г – еріннің, қызыл иектің дамуында кемшіліктер бар; Д – өзге құбылыстар пайда болған. 2. Лицо-А-пропорциональное; О-симметричное; В-асимметричное; Г-имеются пороки развития губ, неба; Д-новообразования.
3. Зиянды әдеттер: А-саусағын, тілін, басқа заттарды сору; Б-ерінің, ұрттарын тістелеу; В-ұйықтаған және ояу кезінде жұдырығын ұртының астына салу. 3. Вредные привычки-А-сосание пальцев, языка, предметов, Б-прикусывание губ, щек; В-подкладывание кулочка под щеку во время сна, бодрствования.
II. Атқаратын қызметінің байқауы:
II. Изучение функций:
1. Дем алу-А-мұрнымен, Б-аузымен, В-аралас. 1. Дыхание-А-носовое; Б-ротовое; В-смешанное.
2. Шайнау-А-белсенді; Б-енжар; В-қиындықпен. 2. Жевание-А-активное; Б-пассивное; В-затруднено.
3. Жұтыну-А-еркін; Б-дамымағын; В - қиындықпен. 3. Глотание-А-свободное; Б-инфактильное; В-затруднено.
4. Сөйлеу-А-аңық; Б- қиындықпен, В-дыбыстарды айтқанда тұтығу. 4. Речь-А-ясная; Б-затрудненная; В-спотыкание при произношении звуков.
5. Еріндердің айқасуы-А-айқасқан; В-айқаспаған. 5. Смыкание губ – А-сомкнуты; Б-не сомкнуты
III. Стоматологиялық мәртебе:
III. Стоматологический статус:
1. Аймақтық лимфа түйіндерді-А-ұйғалмаған, Б-қозғалмалы, В-ауырмайды, Г-ұлғайған, Д-біріккен, Е - а у ы р а д ы . 1. Регионарные лимфоузлы-А-не увеличены; Б-подвижны; В-болезненны; Г-увеличены; Д-спаяны, Е-болезненны.
2. Ауыз маңы-А-еріндер қозғалмалы, Б- аз қозғалады. 2. Приротовая область-А-губы подвижны; Б- мало подвижны.

3. Ауыз қуысының алды-А-уақ (5мм дейін), Б-орташа (5-10мм), В-терең (10мм артық).
3. Предварие полости рта – А-мелкое (до 5мм), Б-среднее (5-10мм), В-глубокое (более 10мм).
4. Үстінгі ерін жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.
4. Уздечка и губы –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.
5. Тіл жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.
5. Уздечка языка –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.
6. Ауыз қуысынын шырышты қабығы-А-сулы, Б-курғақ, В-сәл қызыл, Г-ашық қызыл.
6. Слизистая полости рта-А-влажная, Б-сухая, В-розовая, Г- гиперемированная.
7. Қызыл иек маңы-А-тығыз жанасқан,Б-тістен алыстаған,В-ашық қызыл,Г-босансыған, Д-сәл қызыл.
7. Десневой край-А-плотно прилегает; Б-отходят от шеек зубов; В-гиперемированна; Г-разрыхлен; Д-розовый.
8. Тіл- А-сәл қызғылт, Б-сулы, В-қатпарлы, Г-тегіс, Д-қапталған, Е-эпителий десквамациясының ошағы.
8. Язык - А-розовый, Б-влажны, В-складчатый, Г-гладкий, Д-обложен, Е-очаги десквамации эпителия.
9. Тіс қатарының түрі-А-жартылай дөңгелек, Б-трапеция тәрізді, В-эллипс тәрізді.
9. Форма зубного ряда-А-полукруглая, Б-трапецивидная, В-эллипсоидная.
10. Жақ-А-қалыпты, Б-үстінгі диастемасы, В-трем бар, Г-трем жоқ, Д-алға ерін жаққа, Е- тіс тандай жаққа, Ж-тіс қатарының тарылуы, тістердің үйірілуі.
10. Состояние челюстей-А-норма, Б-диастема в челюсти, В-наличие трем, Г-отсутствие трем, Д-протруссия, Е-ретруссия, Ж-сужение зубных рядов, скученность зубов.
11. Жақтардың тістеуі-А-ортогонатиялық, Б-терең, В-прогения, Г-прогнотия, Д-айқасқан.
11. Соотношение челюстей-А-ортогнатический, Б-глубокий, В-прогения, Г-прогнотия, Д-перекрестный.
12. Тістердің орналасуының ауытқуы –А-жоқ, Б-вестибулярды, В-таңдайлы, Г-тілде.
12. Аномальное положение зубов-А-отсутствие, Б-вестибулярное, В-небное, Г-язычное.
13. Тістердің шығуы-А-қалпында; Б-ерте шыққан, В-кеш шыққан, Г-қосарланған, Д-қосарланбаған.
13. Прорезывание зубов-А-норма, Б-прждевременное, В-запоздалое, Г-парное, Д-непарное.
14. Тістің түсі-А-ақ түсті, Б-сары, В-күрең.
14. Состояние тканей зуба-А-цвет белый, Б-желтый, В-серый.
15. Тістердің пішіні-А-дұрыс, Б-өзгерген
15. Форма зуба-А-правильная, Б-измененная.
16. Кариоздық емес бұзылулар-А-жоқ, Б-гиперплазия, В-гипоплазия кариеспен асқынған, Г-кариеспен қосылған гипоплазия, Д-аплазия, Е-флюороз.
16. Некариозные поражения-А-отсутствуют, Б-гипоплазия, В-гипоплазия осложненная кариесом, Г-гипоплазия в сочетании с кариесом, Д-аплазия, Е-флюороз.
17. Деминерализация ошағы-А-табылды, Б-жоқ.
17. Очаги деминерализации-А-выявлены, Б-отсутствуют.
18. Кариестің ершу - К П - К П Ж .
18. Интенсивность кариеса-КП-КПУ.
19. Ауыз қуысының гигиеналық жағайы – ГЖ.
19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ
20. Стоматикалық топ –А-I, Б-II, В-III.Г-IV, Д-V.
20. Стоматическая группа здоровья – А-Iгр., Б-IIгр.,В-IIIгр, Г-VI гр., Д-V гр.
21. Стоматологиялық диспансерлік топ - А-I, Б-II, В-III.
21. Стоматологическая диспансерная группа - А-I, Б-II, В-III.

Амбулаториялық пациенттің
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте амбулаторного пациента

Мектеп оқушысының

санациялық картасы

Санационная карта школьника

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болғанжағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____

Туғанкүні (Дата рождения) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Мектеп (Школа) № _____ бала-бақша (детсад) № _____ ұйым (организация) _____

Тұрмыс жағдайы мен тамақтану сипаттамасы (Условия быта и характер питания) _____

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Қазіргі денсаулық жағдайы (Состояние здоровья в настоящее время) _____

Жеке тістердің және тістемнің аномалиялары (Аномалии отдельных зубов и прикуса) _____

Гипоплазия, ретенция, адентия _____

Тіс тасының жиналуы (Отложения зубного камня) _____

Ауыз қуысының жылбысқы қабығының жағдайы (Состояние слизистой оболочки полости рта) _____

Мұрын-жұтқыншақ жағдайы (Состояние носоглотки) _____

Алғашқы қарау кезіндегі диагнозы (Диагноз при первичном осмотре)

		4																		
		5																		
		6																		
		7																		
		8																		
Бұл бетте дәрігер шартты белгілерді қолдана отырып қараған күнгі тістердің жағдайын белгілейді		I	Шартты белгілер:																	
На этой странице врач отмечает состояние зубов на день осмотра, используя условные обозначения		II	Тісжегі мен оның асқинулары –																	
		III	Т																	
		IV	пломбаланған – П																	
		V	жұлу керек – ЖК																	
			тіс жоқ - О																	
			(Условные обозначения):																	
			(Кариес и его осложнения–К)																	
			(Пломбированный – П)																	
			(Подлежит удалению –У)																	
			(Отсутствует – О)																	

Күні Дата	Сыртартпа және қарау Анамнез и осмотр	Диагноз	Емдеу Лечение	Емдеуші дәрігердің тегі Фамилия лечащего врача

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 25-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907бұйрығымен бекітілген № 055-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №055-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года№ 907

Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы

Карта пациента, заполняемая

социальным работником/психологом

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) күні, айы,
жылы(число/месяц/год) _____ / _____ / _____ жылғы (года).

3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2- әйел (жен) 4. ЖСН/ИИН _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)

6. Мекенжайы (Место жительства)

7. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1-иә (да), 2- жоқ (нет); 5.1. Тұрғыны (Житель):

1-қаланың (города), 2- ауылдың (села)

8. Халық категориялары (Категории населения): 1-оқушы (школьник), 2- студент (студент), 3-

жұмыс істеуші (работающий), 4-жұмыссыз (безработный), 5-басқа (другое)

9. Жеңілдік алушылар категориясы (Категория льготников): 1- ОСМ (ИОВ), 2- ҰОСҚ (УВОВ);

3-интернационалист жауынгер (воин-интернационалист); 4- бала кезінен мүгедек (инвалид

детства); 5- ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию), 6- басқа жеңілдік алушылар

(прочие льготники)

10. Қаралу себебі (Повод обращения): 1-кеңес (консультация), 2-ауруы (заболевание), 3-

Әлеуметтік мәселе (социальная проблема), 4 психологиялық мәселе (психологическая

проблема), 5-тренингтарда қатысу (участие в тренингах), 6- басқа (другое)

11. Кім жолдады (Кем направлен): 1- өзі келді (самообращение), 2- медициналық ұйымдар

(медицинские организации), 3- мемлекеттік ұйымдар мен мекемелер (государственные

организации и учреждения), 4 - үкімет емес ұйымдар (неправительственные организации), 5 –

басқалары (прочие)(тізімге жазу (вписать)_____)

12. Ақпарат қайнар көзі (Источник информации): 1- дәрігер (врач), 2- мейірбике (медсестра),

3-әке-шешелері (родители), 4- достары (друзья), 5- әріптестері (коллеги), 6- БАҚ (СМИ), 7-

сенім телефоны (телефон доверия), 8-басқа (другое)

13. Сапарлар (Визиты): 1-алғашқы (первичный), 2- қайта (повторный)

14. Келуі (Посещения):

Күні (Дата)	Келу уақыты (Время посещения)	Келу түрі (Вид посещения) (жеке кеңесу) (индивидуальное консультирование, топтарда кеңесу (групповая консультация), үйге келу (посещение на дому))

15. Әлеуметтік-психологиялық мәселені бағалау (Оценка социально-психологической проблемы)

16. Әлеуметтік қызметтер түрі/(Виды социальных и психологических услуг):
1-әлеуметтік-

медициналық қызметтер (социально-медицинские услуги) 2- әлеуметтік-психологиялық

қызметтер (социально-психологические услуги) 3- әлеуметтік-педагогикалық қызметтер

(социально-педагогические услуги) 4-әлеуметтік-экономикалық қызметтер (социально-

экономические услуги) 5-әлеуметтік-құқықтық қызметтер (социально-правовые услуги) 6-

әлеуметтік-тұрмыстық қызметтер (социально-бытовые услуги) 7- әлеуметтік-еңбек қызметтер

(социально-трудовые услуги) 8) әлеуметтік-мәдени қызметтер (социально-культурные

услуги); 9) жеке психологиялық кеңестер (индивидуальные психологические консультации);

10) отбасылық психологиялық кеңестер (семейные психологические консультации); 11)

топтарда кеңесу (групповые консультации)

17. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1-жағдайды шешу (решение ситуации), 2-жағдайды

жақсарту (улучшение ситуации), 3-өзгеріссіз (без перемен), 4- клиенттің бас тартуы (отказ)

клиента), 5-басқа (другое)

18.Қаралу оқиғасы (Случай обращения): 1-аяқталды (завершен), 2-аяқталмады (не завершен)

19. Әлеуметтік қызметкер/психолог (Социальный работник/психолог):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Қолы(Подпись) _____

20.Күні (Дата) " _____ " _____ жылы (год)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 26-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 061/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік – бақылау картасы

Врачебно – контрольная карта физкультурника и спортсмена

Толтырылған күні (Дата заполнения) _____

жылы, айы, күні (год, месяц, число)

Ұйым (БЖСМ, спорттық ұжым) (Организация (ДЮСШ, спортколлектив)) _____

Спорт түрі (Вид спорта)

Мекенжайы бойынша емхананың № (№ поликлиники по месту жительства)___

1.Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____ _____ _____ 2. ЖСН/ИИН _____ _____ _____ 3. Туған күні (Дата рождения) _____ 4. Жынысы (Пол) _____ _____ 5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ : _____ 6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____ _____ _____ Телефон _____ _____ 7. Жұмыс орны (Место работы) _____ _____ 8. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____ _____ 9. Білімі (Образование) _____ _____ _____ 10. Баспана жағдайы (Жилищные условия) _____ _____ 11. Тамақтану режимі (Пищевой режим) _____ _____ 12. Ауырған (Перенесенные): а) аурулары (болезни) _____ _____ _____ _____ б) зақымдары (травмы) _____ _____ _____ в) операциялары (операции) _____ _____ _____ 13. Алкоголь пайдалануы (Употребление алкоголя): кездейсоқ (случайное), _____	19. Антропометрикалық деректер Антропометрические данные								
	1-тексеру қарау күні 1-е обслед. дата осмотра	2-тексеру қарау күні 2-е обслед. дата осмотра	3-тексеру қарау күні 3-е обслед. дата осмотра	4-тексеру қарау күні 4-е обслед. дата осмотра	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк
Салмағы (Вес)									
Бойы тұрғанда (Рост стоя)									
Кеуде қуысының шеңбері Окружн. грудной клетки	дем алғанда (вдох)								
	дем шығару (выдох)								
	аралықта (пауза)								
	құлаш кергенде (размах)								
Спирометрия									
Динамометрия	оң алақан пр. кисть								
	сол алақан лев. кисть								
	дене станова								
20. Сыртқы қарау деректері Данные наружного осмотра									
Тері қабаты (Кожа)									
Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые)									
Лимф. жүйесі (Лимф. система)									
Май байлануы (Жиротложения)									

<p>аз (мало), көп (много), жиі (часто), пайдаланбайды (не употребляет) (астын сызыңыз) (подчеркнуть) Шылым шегуі (Курение): неше жасынан (с каких лет)</p>	<p>Бұлшық еттері Мускулатура</p>									
<p>күніне (по) _____ дана (штук в день), шекпейді (не курит) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)</p>	<p>Жарық қақпаларының жағдайы (Состояние грыжевых ворот)</p>									
<p>14. Негізінен спорттың қай түрімен шұғылданады (Каким видом спорта преимущественно занимается) _____</p>	<p>Кеуде қуысы (Грудная клетка)</p>									
<p>_____</p>	<p>Арқасы (Спина)</p>									
<p>_____</p>	<p>Аяқ басы (Стопа)</p>									
<p>15. Қанша уақыт (Сколько времени) _____</p>										
<p>16. Спорттың басқа қандай түрлерімен айналысқан (Какими другими видами спорта занимался) _____</p>										
<p>_____</p>										
<p>17. Спорттың қандай түрлерінен жарыстарға қатысқан (По каким видам спорта участвовал в соревнованиях) _____</p>										
<p>_____</p>	<p>Аяқтары (Ноги)</p>									
<p>_____</p>										
<p>18. Дәрежесі (Разряд) _____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										
<p>_____</p>										

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>*</p> <p>Баға балалар мен 17 жасқа дейінгі жасөспірімдер үшін</p> <p>*</p> <p>Оценка для детей и подростков включительно</p>									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

21. Жуық арадағы спорттық сыртартпа деректері. Данные ближайшего спортивного анамнеза

	1-тексеру 1-е обследование карау күні _____ (дата осмотра)	2-тексеру 2-е обследование карау күні _____ (дата осмотра)
Жаттығулары мен спорттық өнер көрсетулері туралы қысқаша деректер Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях		
		22.Тексеру деректері Данные обследования
Ш а ғ ы м д а р ы Жалобы		
Тыныс алу ағзалары, жоғарғы тыныс жолдары, өкпелері (тыңдау) Органы дыхания, верхние дыхательные пути, легкие (аускультация)		
Қанайналым ағзалары: жүрек (шекаралары, тыңдау) Органы кровообращения: сердце (границы, аускультация)		
Ас қорыту ағзалары: тілі, іші (қолмен зерттеу) Органы пищеварения: язык, живот, (пальпация)		
Несеп – жыныстық жүйе Мочеполовая система		
Эндокриндік жүйе Эндокринная система		
Жүйке жүйесі Нервная система		
Мамандардың қарауы Осмотр специалистов:		
көз дәрігері (офтальмолога)		
отоларинголог (отоларинголога)		
хирург (хирурга)		
травматолог (травматолога)		
тіс дәрігері (стоматолога)		

басқа мамандар (жазыңыз) (других специалистов (вписать))	
---	--

3-ші тексеру 3-е обследование қарау күні дата осмотра _____	4 – ші тексеру 4-е обследование қарау күні дата осмотра _____
ішкі ағзаларды (внутренних органов)	

23. Функциялық сынама Функциональная проба

Зерттеу күні, айы, жылы Число, месяц, год исследования				
Жүктемеге До нагрузки	дейін	Дем алуы (Дыхание)		
		Тамыр соғуы (Пuls)		
Жүктемеден После нагрузки	кейін тамыр пульс соғуы	Тамыр соғу сипаты (Характер пульса)		
		Қан қысымы (Артериальное давление)		
		1 0		
		2 0		
		3 3		
		4 0		
		5 0		
		6 0		
		Қан қысымы (Артериальное давление)		
		Дем алуы (Дыхание)		
Тыңдау Тамыр соғу сипаты (Аускультация) (Характер пульса) тұрғанда (стоя) жатқанда (лежа)				
24. Қорытынды Заключение				
Физикалық дамуы Физическое развитие				
Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) Функциялық жағдайы (функциональное состояние)				

М е д и ц и н а л ы қ Медицинская группа	т о п				
Ш ұ ғ ы л д а н у ғ а , Допуск к занятиям, соревнованиям	ж а р ы с т а р ғ а	ж і б е р і л у і			
М а м а н ғ а Направлен к специалисту		ж о л д а н д ы			
Қ а й т а д а н Повторная явка		к е л у і			
Ұ с ы н ы л д ы Рекомендовано					
Е с к е р т у Примечание					

Дене шынықтырушы мен
спортшының
дәрігерлік – бақылау картасының
косымша парағы
Вкладной лист к врачебно-
контрольной карте
физкультурника и спортсмена

Спортшыны диспансерлік байқаудың

дәрігерлік-бақылау картасы

Врачебно-контрольная карта

диспансерного наблюдения спортсмена

дәрігерлік-дене шынықтыру диспансер (врачебно-физкультурный диспансер)

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда) /Отчество (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Спорт түрі (Вид спорта) _____

Дәрежесі (Разряд) _____

Жаттықтырушының тегі (Фамилия тренера) _____

Дәрігер (Врач) _____

Толтырылған күні (Дата заполнения) _____

Диспансерлік байқауға алынған спортшыларға толтырылады
Заполняется на спортсменов, взятых под диспансерное наблюдение

1 беті

стр. 1

1. Жалпы мәліметтер

Общие сведения

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

_____ телефон

Мекенжайы бойынша емхана № (№ поликлиники по месту жительства) _____

Білімі (Образование) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Жұмыс күнінің ұзақтығы (Продолжительность рабочего дня) _____

Отбасылық жағдайы (Семейное положение) _____

Баспана жағдайы (Жилищные условия) _____

Тамақтану режимі: жүйелі, жүйесіз-күніне (Режим питания: регулярное, нерегулярное)

_____ (раз в день)

Алкоголь қолдануы: көп, аз, әдеттегідей, кездейсоқ (астын сызыңыз), шылым шегуі иә, жоқ, неше

жастан бастап (Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно (подчеркнуть),

курение да, нет, с какого возраста) _____

_____ күніне неше

шылым шегеді (количество сигарет в день)

2. Бастан өткерген аурулары, операциялары, жарақаттары (травмалары (Перенесенные заболевания, операции, травмы)

2 беті
стр. 2

II. Спорттық анамнезінің жалпы деректері

Общие данные спортивного анамнеза

1. Неше жасынан бастап, спорттың қай түрімен шұғылдана бастады (С какого возраста стал заниматься спортом и какими видами)

2. Спорттың негізгі түрімен шұғылдануы: жаңа бастады, ұдайы, үзілістермен (0,5 жылдан астам),
өздігінен, жаттықтырушының қол астында. (Занятия основным видом спорта: начало занятий,
систематически, с перерывами (более 0,5 года), самостоятельно, под руководством тренера)

3. Спорттық біліктілігінің ағымы (Динамика спортивной квалификации)

К ү н і Дата							
Д э р е ж е Разряд							
С п о р т Вид спорта	т ү р і						

III. Жақындағы спорттық анамнезінің деректері Данные ближайшего спортивного анамнеза

Қ а р а л ғ а н (Дата обследования)	к ү н і
1. Қашан және қандай нәтижелермен өткен спорт- жылын (маусымын) бітірді. (Когда и с какими результатами закончил предыдущий спортивный год (сезон))	
2. Өткен жылдан кейін демалуының ұзақтығы мен сипаттамасы. (Продолжительность и характер отдыха после предыдущего года (сезона))	
3. Жаттығулардың кезеңдер бойынша сипаттамасы (қашаннан бері жаттыға бастады жиілігі, ұзақтығы мен жаттығулар сипаттамасы). (Характеристика тренировок по периодам (когда начал тренироваться, частота, продолжительность и характер тренировок)) Жаттығулар режимін өзгертті ме. Өткізген жарыстары, олардың масштабы мен нәтижелері: (Изменил ли режим тренировок. Число проведенных соревнований, их масштабы и результаты): а) дайындық кезеңі (подготовительный период) б) негізгі кезең (основной период) в) белсенді демалу (активный отдых)	
4. Биылғы спорт жылындағы (маусымындағы) сырқаттары, зақымдануы, мөлшерден тыс жаттығуы немесе зорығуы. (Заболевания, спортивные травмы, перетренировка или физическое перенапряжение в этом спортивном году (сезоне))	
5. Спортшы қазіргі уақыттағы өзінің жатыққанын қалай бағалайды. (Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время)	

4,5 беттерде III бөлімдегі таблица жалғаса береді, бірақ мазмұны жазылмайды стр. 4, 5 та же самая таблица что в разделе III - продолжается, но без содержания

Антропометрикалық деректер Антропометрические данные

		Күні Дата	Баға * Оценка *
Ж а с ы (Возраст)			
С а л м а ғ ы (Вес)			
Т ұ р ғ а н д а ғ ы (Рост стоя)		б о й ы	
О т ы р ғ а н д а ғ ы (Рост сидя)		б о й ы	
Окружность	М о й ы н ы шеи		
	О ң плеча правого	и ы ғ ы	б а й ы п т ы спокойное
			ш и р ы қ қ а н напряженное
	С о л плеча левого	и ы ғ ы	б а й ы п т ы спокойное
			ш и р ы қ қ а н напряженное
	Кеуде клеткасы дем алғанда (грудной клетки вдох)		
	Кеуде клеткасы дем шығарғанда (грудной клетки выдох)		
	Кеуде клеткасы аралықта (грудной клетки пауза)		
	Кеуде клеткасы жайылуы (грудной клетки размах)		
	О ң (бедро правого)	ж а қ	с а н ы
	С о л (бедро левого)	ж а қ	с а н ы
	О ң (голени правой)	ж а қ	б а л т ы р ы
	С о л (голени левой)	ж а қ	б а л т ы р ы

К ү н і (Дата)			
Шағымы (Жалобы)			
С ы р т т а й Наружный осмотр	қ а р а у		
Т е р і (Кожа)	қ а б а т ы		
К ө р н е к і (Видимые слизистые)	ж ы л б ы с қ ы қ а б ы қ т а р		
Л и ф м а (Лимфатическая система)	ж ү й е с і		
М а й л ы (Жироотложение)	ш ө г і н д і		
Б ұ л ш ы қ (Мускулатура)	е т		
Т і р е к - қ о з ғ а л ы с (Опорно-двигательный аппарат)	а п п а р а т ы		
І ш к і Данные обследования внутренних органов	а ғ з а л а р д ы з е р т т е у д е р е к т е р і		
Т ы н ы с (Органы дыхания)	а л у а ғ з а л а р ы	Жоғарғы тыныс алу жолдары (верхние дыхательные пути)	
		Өкпе перкуссиясы мен аускультациясы (перкуссия и аускультация лҰгких)	
Қ а н (Органы кровообращения)	а й н а л у а ғ з а л а р ы	Ж ү р е к (сердечный толчок)	қ а ғ у ы
		Жүрек шекарасы (граница сердца)	Оң (правая) Сол (левая)
	аускультация	Тұрғанда (стоя) Жатқанда (лежа)	
	Т а м ы р л а р (сосуды)		
А с (Органы пищеварения)	қ о р ы т у а ғ з а л а р ы	Т і л (язык)	
		Б а у ы р (печень)	
		Басқа ас қорыту ағзалары (Другие органы пищеварения)	
Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система)			
Эндокриндік жүйе (Эндокринная система)			

9 беті

стр. 9

10 беті

стр. 10

К ү н і	
(Дата)	
Мамандар Заключения специалистов	Травматолог
	Хирург
	Невропатолог
	Офтальмолог
	к о р т ы н д ы с ы

	Отоларинголог	
	Стоматолог	
	Гинеколог	
	Дерматовенеролог	

11 беті

стр. 11

Рентгеноскопия (флюорография), зертханалық зерттеулер деректері

Данные рентгеноскопии (флюорографии), лабораторных исследований

12, 13 беті

стр. 12, 13

Функциялық зерттеу Функциональное обследование

Жүктемеге дейін (До нагрузки)	Тамыр соғуы (Пульс)	Қан қысымы (Артериальное давление)	Тыныс алу (Дыхание)
	20 отырып-тұру (20 приседаний)	15 секундтық жүгіру (15-секундный бег)	3 минуттық жүгіру (3-минутный бег)

Организмның физикалық жүктемелерге бейімделуін бағалау (Оценка адаптации организма к физическим нагрузкам)

16, 17 беті
стр. 16, 17
ЭКГ мен басқа функциялық зерттеулер деректері
(Данные ЭКГ и других функциональных исследований)

Жаттығулар (Общие указания по режиму тренировок)	режімі	бойынша	жалпы	нұсқаулар
Жарыстарға (Допуск к соревнованиям)				жіберілуі
Ұсынылған (Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия)		емдеу-профилактикалық		шаралары
Келесі (Дата повторного обследования)		қаралу		күні
Дәрігердің (Подпись врача)				қолы

21 беті

стр. 21

Күні (Дата)	Өтпелі және қосымша байқаулар, (Текущие и дополнительные наблюдения, врачебно-педагогические наблюдения)	байқаулар

22 беті

стр. 22

Тағайындаулар (Назначения)	Дәрігердің (Подпись врача)	қолы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 27-қосымша

А4 Формат А4	форматы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е-м нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 112/ у – м утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Баланың даму тарихы (ұл бала)

Қан тобы _____

Резус _____

1. Тегі _____ Аты _____ Әкесінің аты (болған жағдайда) _____

2. Туған жылы: күні _____ айы _____ жылы _____

3. Тұрғылықты жері: (аудан) _____ (қала, ауыл) _____
_____ (көше) _____ үй _____ пәтер _____

4. Байланыс телефондары _____

Осы ұйымға есепке алынған күні	Қайдан келді	Есептен шығарылған күні	Кеткен мекенжайы

5. Ұйымдар:

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Отбасы туралы мәліметтер:

	Туған жылы	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (балалар үшін - бала ұйымы)	Асқынған аурулардың бар-жоғы
Ана			
Әке			
Балалар			
Балалар			

Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер:

№ _____ перзентханадан шығару күні _____ Перзентхана мекенжайы _____	№ _____ перзентханадан жаңа туған нәресте туралы ескертпені алу күні _____		
Күні, айы, жылы	Өмірінің күні	Күні, айы, жылы	Өмірінің күні

Алмасымдық картаны желімдеу о р н ы Туған кездегі салмағы _____	
---	--

Туған кездегі бойы _____

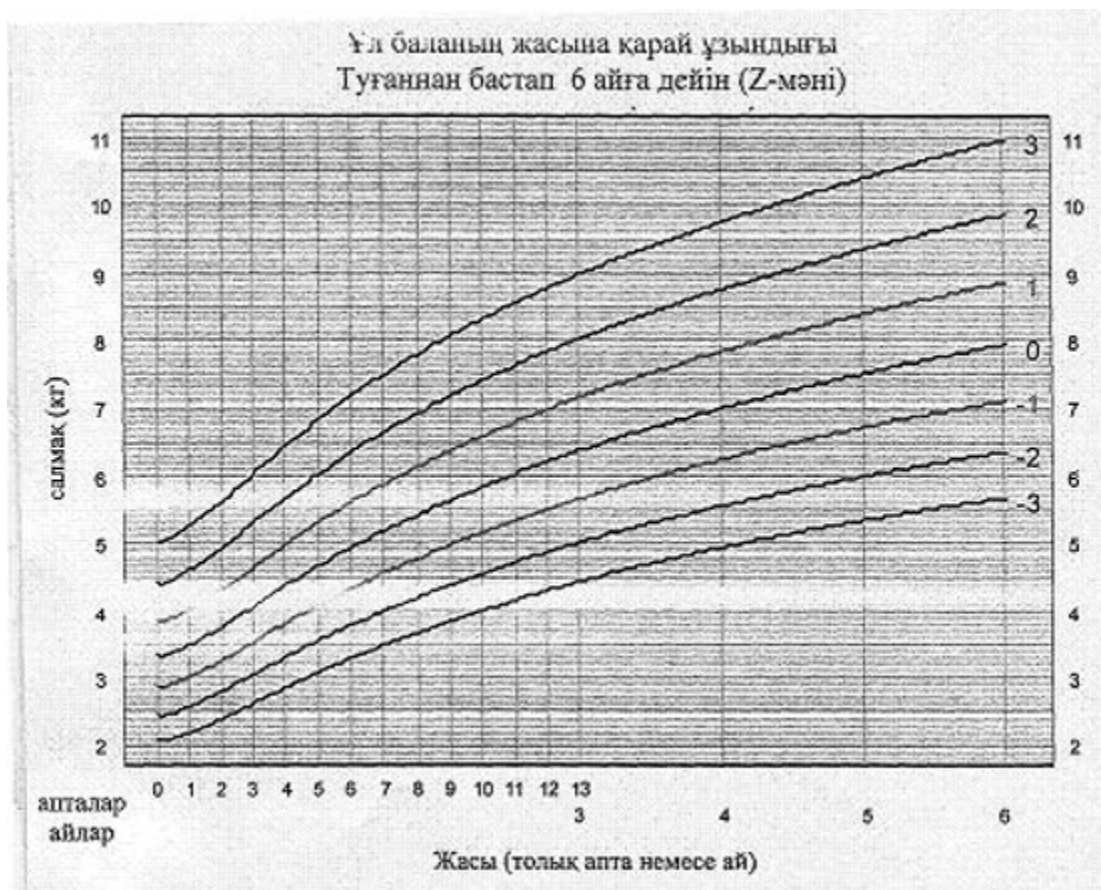
ДСИ _____

Бас шеңбері _____

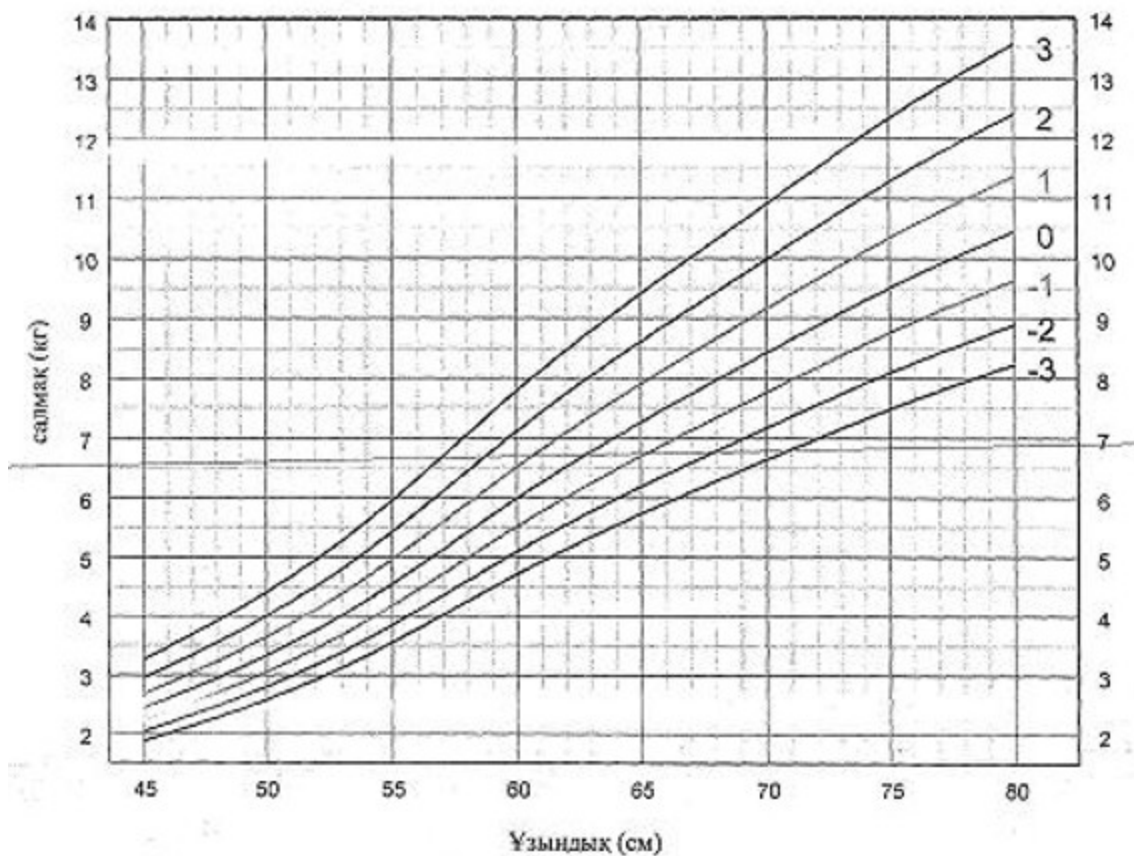
Тәндік дамуын бағалау: _____

Тұқым қуалайтын патологиясына скринингі

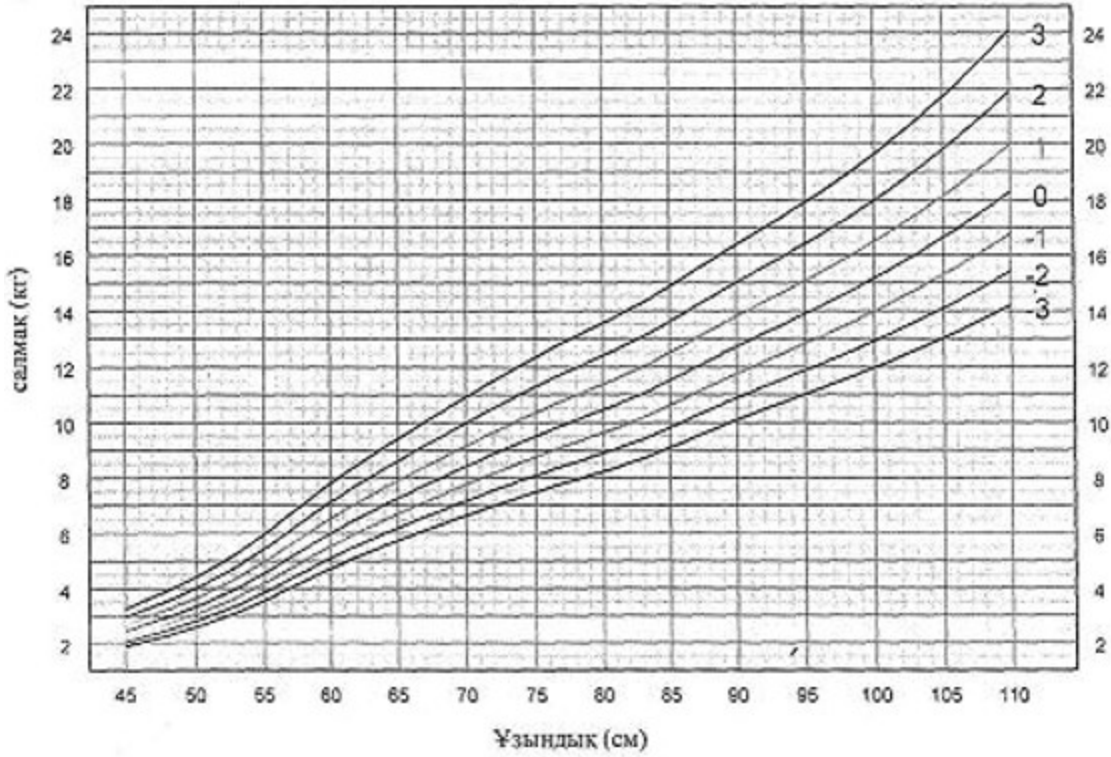
№	Атауы	Қан алатын күні, аудиологиялық скрининг күні	Нәтиже
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ТнаименованиеГ (туа біткен гипотиреоз)		
3	Аудиологиялық скринингі		



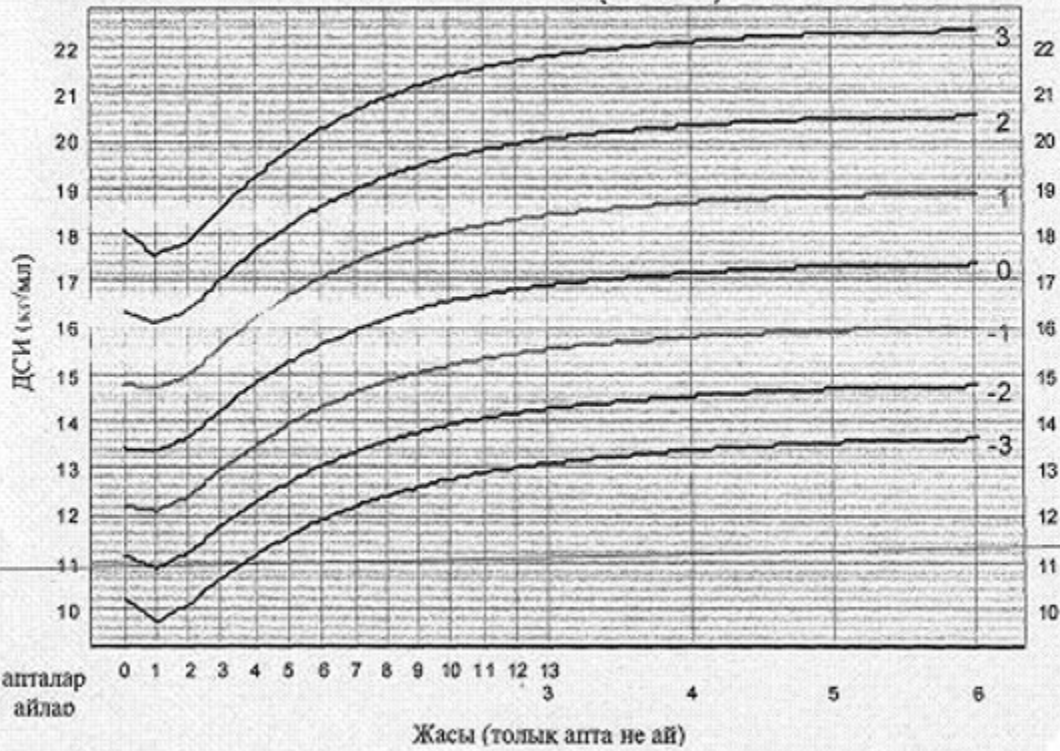
Ұл баланың жасына қарай дене салмағы
Туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-мәні)



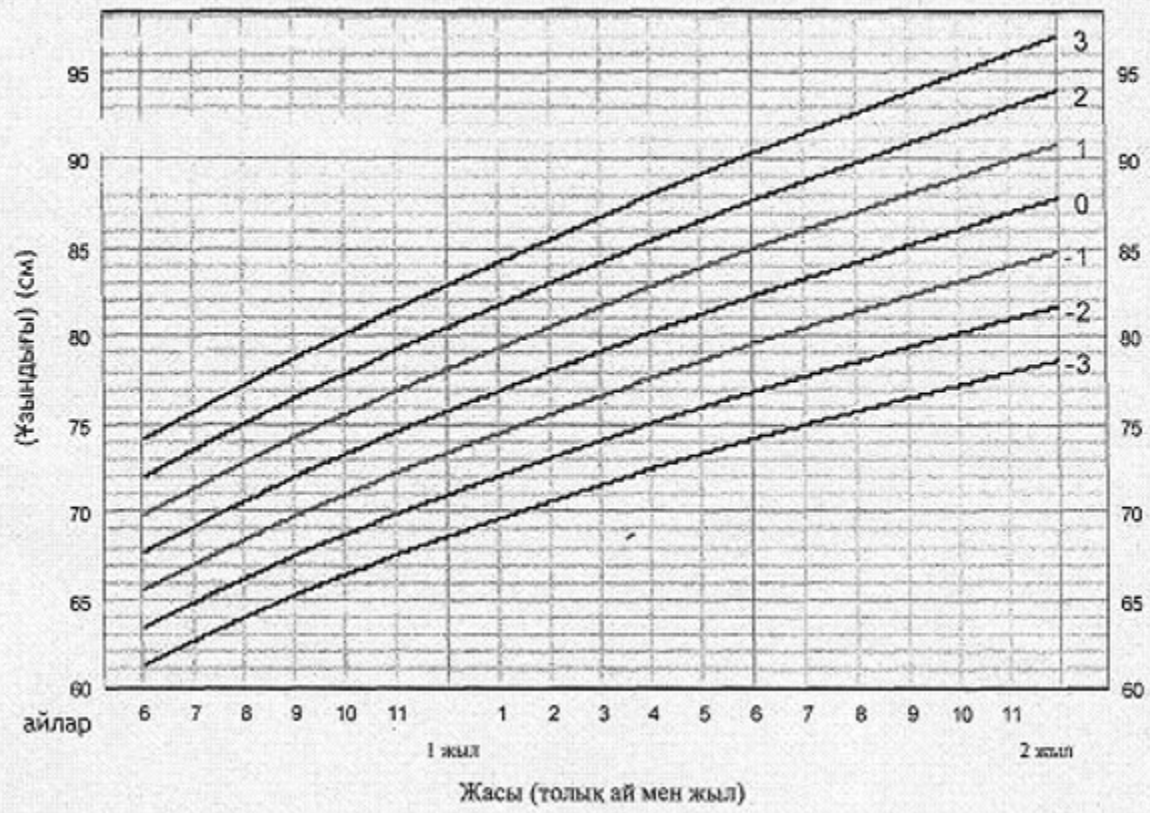
Ұл баланың ұзындығына қарай дене салмағы
Туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-мәні)



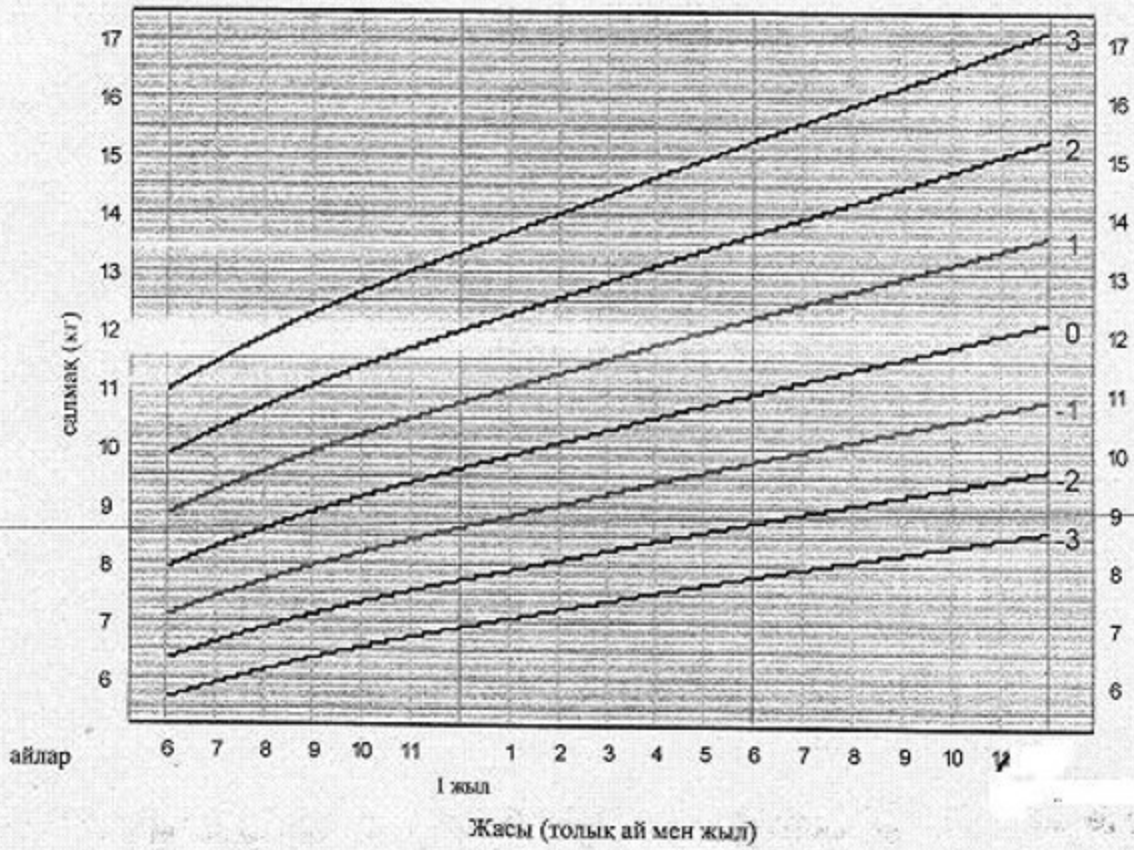
Ұл баланың жасына қарай дене салмағының индексі (ДСИ)
Туғаннан 6 айға дейін (Z-мәні)



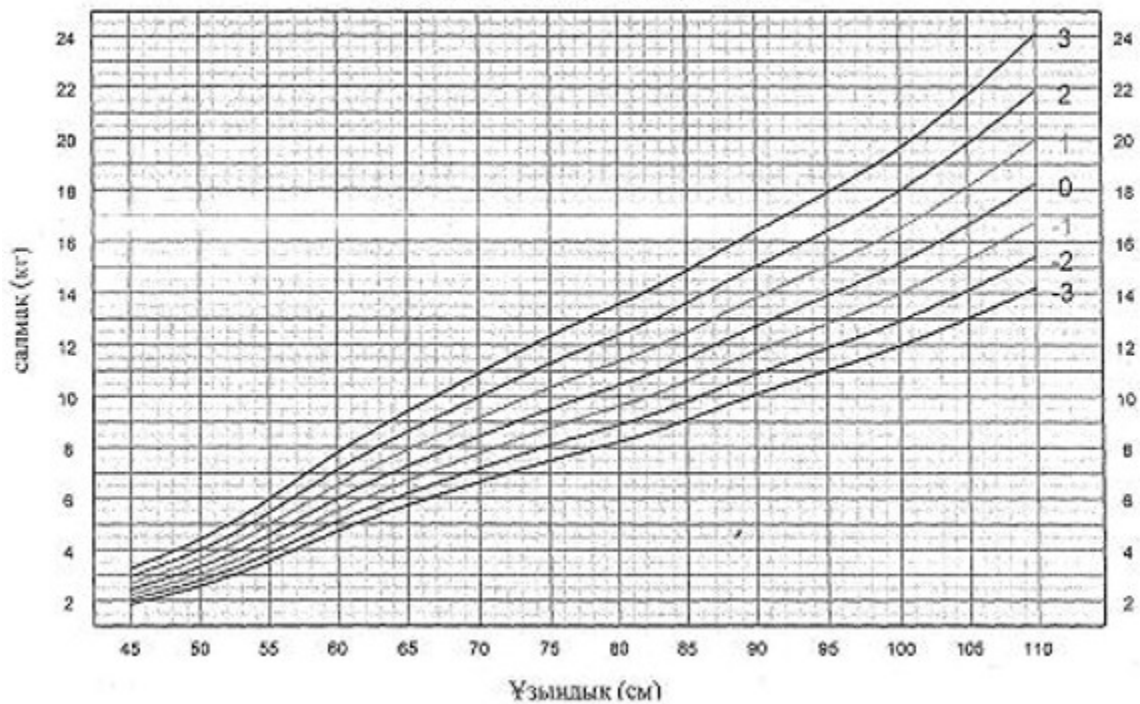
Ұл баланың жасына қарай ұзындығы
6 айдан 2 жасқа дейін (Z-мәні)



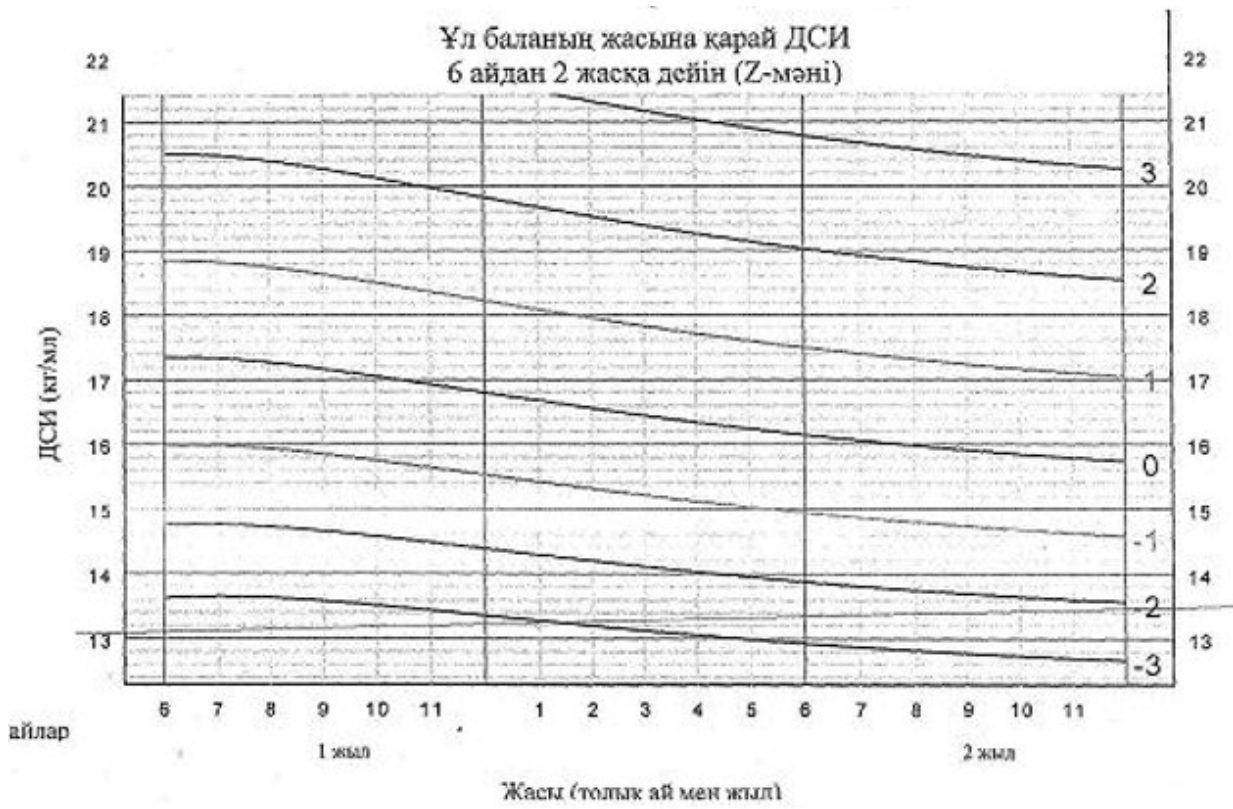
Ұл баланың жасына қарай салмағы
6 айдан 2 жылға дейін (Z-мәні)



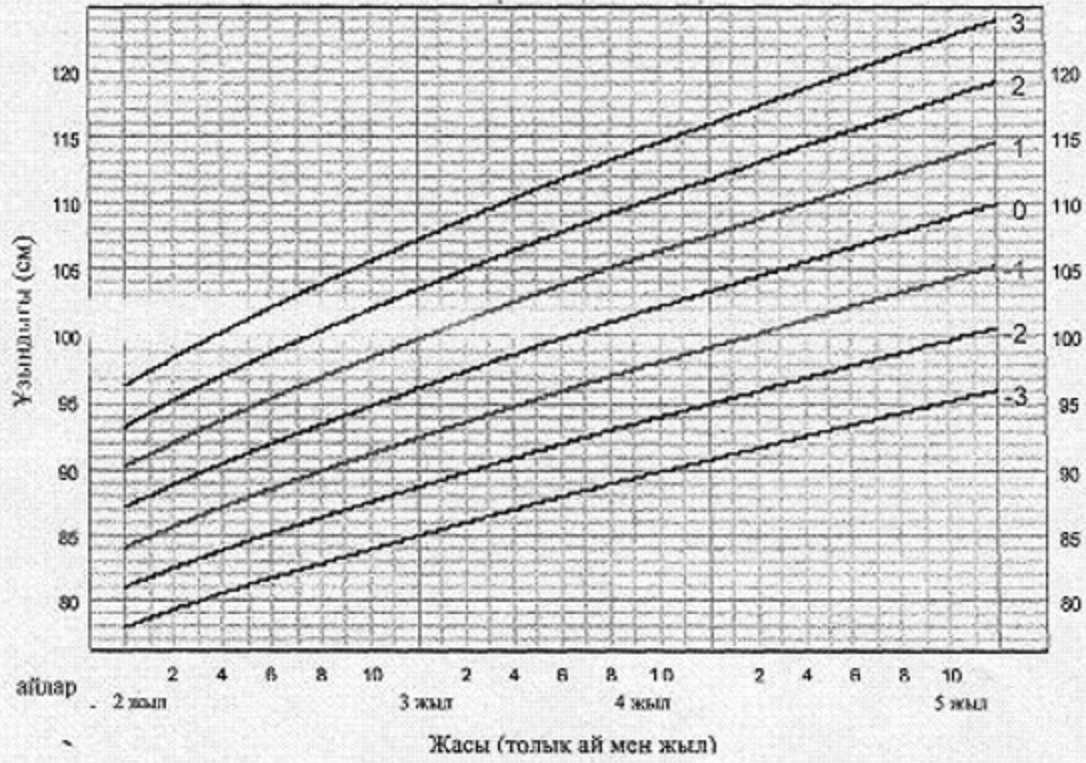
Ұл баланың ұзындығына қарай дене салмағы
6 айдан 2 жылға дейін (Z-мәні)



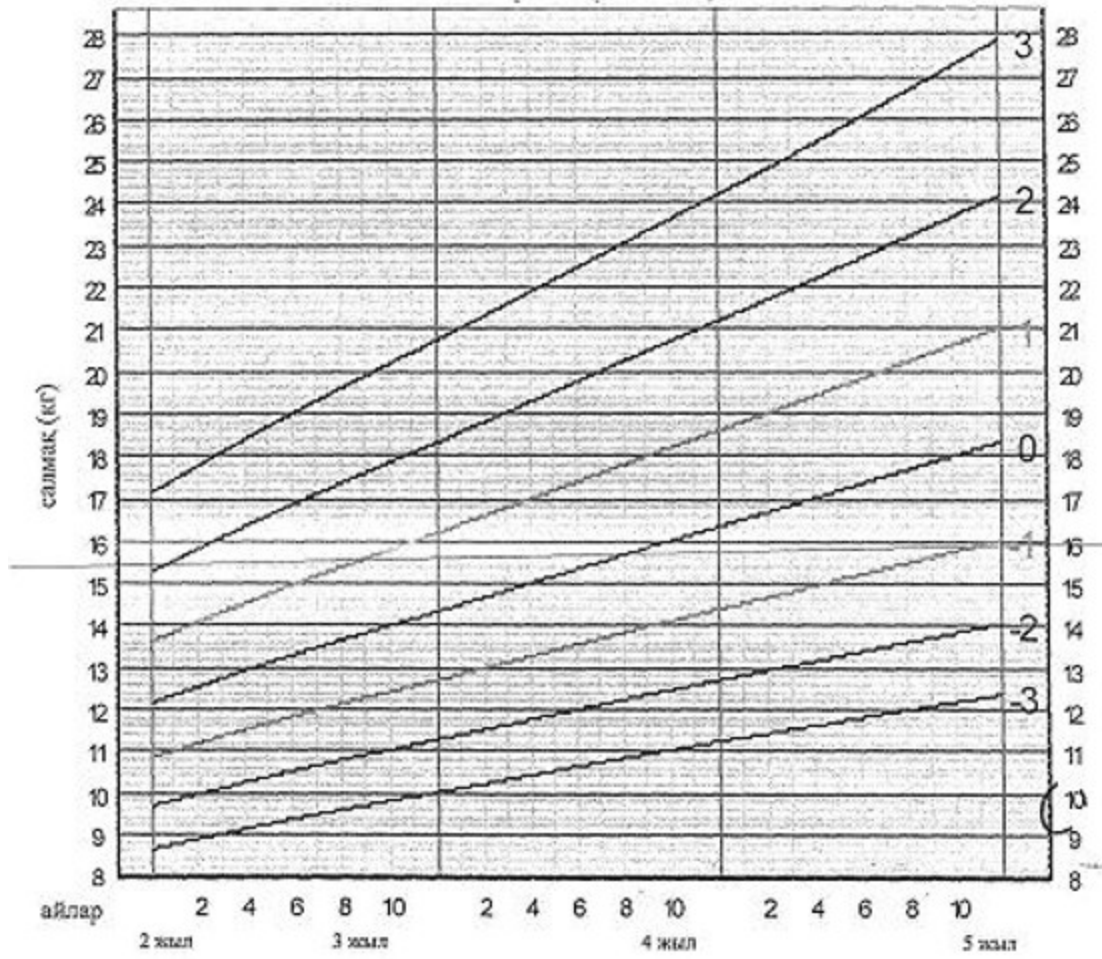
Ұл баланың жасына қарай ДСИ
6 айдан 2 жасқа дейін (Z-мәні)



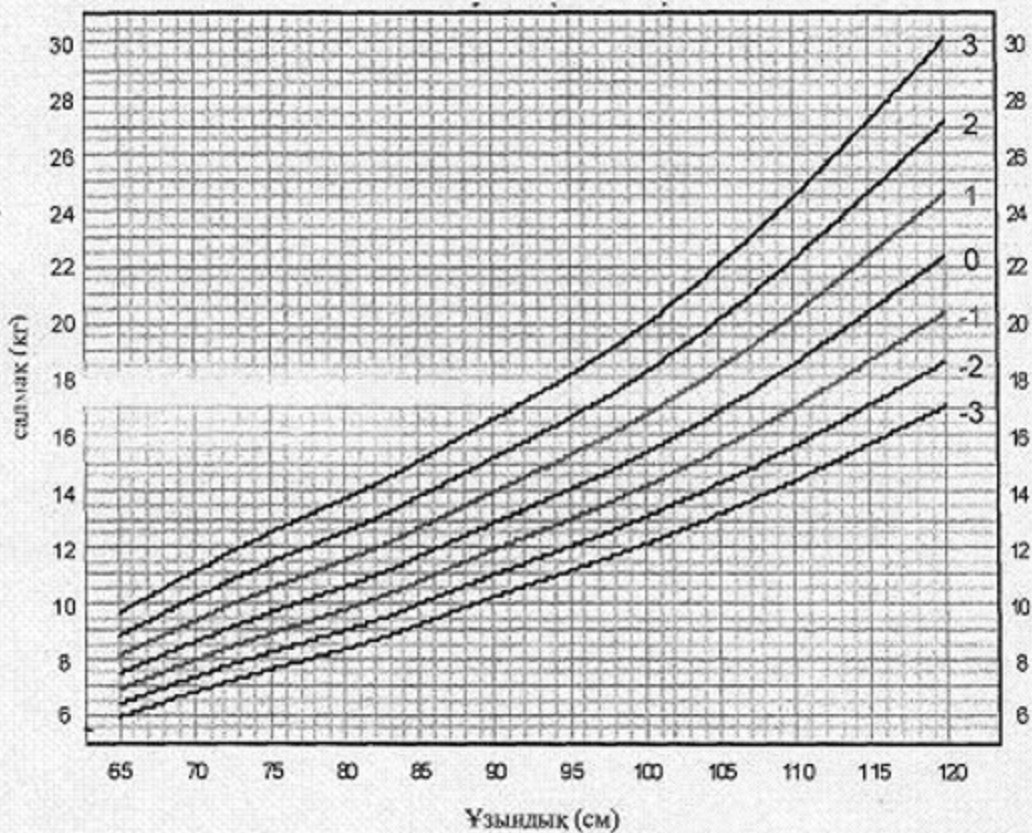
Ұл баланың жасына қарай ұзындығы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-мәні)

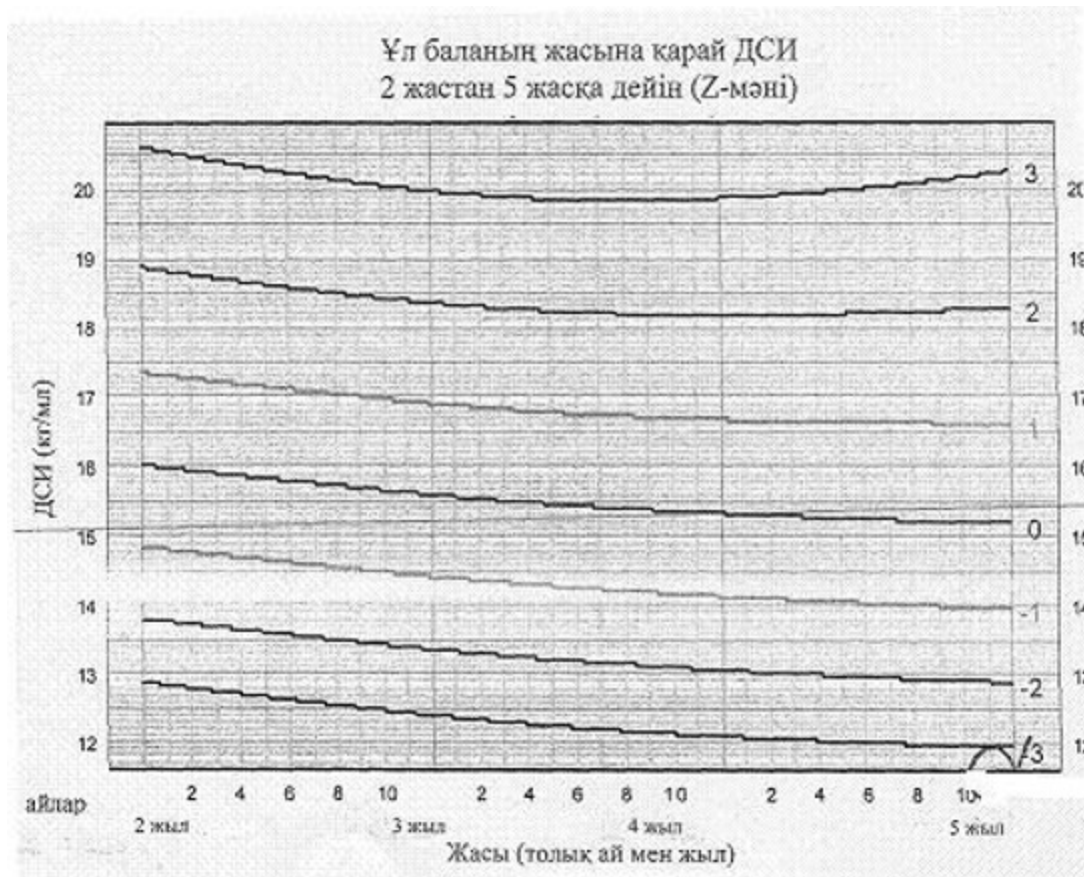


Ұл баланың жасына қарай дене салмағы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-мәні)



Ұл баланың ұзындығына қарай дене салмағы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-мәні)





Әйелдер консультациясынан ақпарат алған күн _____
_ Әйелдер консультациясының атауы босану алдындағы алғашқы патронажды өткізу күні

1	Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты:
	Туған күні мен жасы (толық жасы)
	Жүкті әйелдің тіркелу орны
	Тұрғылықты мекенжайы
	Жұмыс орны, кәсібі
	Мамандықтың зияндығы: ылғалдық, шаң, химикаттар, ауыртпалық, басқасы (керегінің астын сызу керек)
2	Жүкті әйелдің биологиялық анамнезі:
	Қазіргі жүктілігінің мерзімі
	Нешінші жүктілік _____, жоспарланған, қалаған, қаламаған (керегінің астын сызу керек)
	Алдыңғы жүктіліктер саны _____, оның ішінде:
	* босанумен аяқталды -
	* жүктілікті жасанды үзумен -

	<p>* түсік -</p> <p>* отбасындағы балалар саны -</p> <p>* отбасындағы балалар туралы басқа ақпараттар (аурудан қайтыс болғандар, неше жаста, бала шағынан мүгедек) _____</p>
	Қазіргі жүктілік пен босану арасындағы аралық _____
3	Әлеуметтік анамнез және отбасы денсаулығы:
	Толық отбасы, отбасы толық емес _____
	Анасының білім деңгейі әкесінің білім деңгейі _____
	Отбасындағы психологиялық орта: жағымсыз, жағымды _____
	Отбасында _____ алкогольдің, _____ нашақорлықтың _____ бар-жоғы Иә _____ жоқ _____
	Темекі _____ шегетін _____ отбасы мүшелерінің _____ болуы Иә _____ жоқ _____
	Темекі _____ шегетін _____ ана Иә _____ жоқ _____
	Анасының дене белсенділігі төмен, жеткілікті _____
	Отбасының материалдық жағдайы: қанағаттанарлық, қанағаттанғысыз (тығыз орналасқан, ылғалдылық, суық, табысы аз қамтылған, кірістің төмен деңгейі, басқа факторлар) _____
	Отбасының санитариялық мәдениеті: төмен _____ жеткілікті _____
	Отбасындағы инфекциялық аурулардың бар-жоғы (АИТВ, ЖЖБЖ, туберкулез, қызамық, басқа аурулар) _____
	Тұқым қуалайтын аурулардың бар-жоғы (қандай, туыстық дәрежесі, ұрпақ) _____
	Басқа балаларда туа біткен даму кемістіктерінің болуы Иә: туа біткен жүрек кемістіктері, АИТ, ОНЖ, несеп-жыныс жүйесінің аурулары, өкпе аурулары, басқа аурулар _____ жоқ _____
	Отбасы мүшелерінің (күйеуі) флюорографиясы: Иә, жоқ _____
4	Жүкті әйелдің денсаулық жағдайы:
	Созылмалы соматикалық аурулардың бар-жоғы Иә _____ жоқ _____
	Экстрагениталды аурулардың бар-жоғы Иә _____ жоқ _____
	Күрделі жүктіліктің бар-жоғы Иә _____ жоқ _____
	УДЗ өтті (қандай мерзімде) _____ қайда _____
	УДЗ-мен анықталған патология Иә _____ жоқ _____
	АҚ _____
	Терапевт қорытындысы _____
	<p>Жүктілік ағымы:</p> <p>* дене салмағының жетіспеушілігі (жүктілікке дейінгі ДСИ 19-дан төмен)</p> <p>* дененің салмағы қалыпты (жүктілікке дейінгі ДСИ 19-24)</p> <p>* дененің салмағы артық (жүктілікке дейінгі ДСИ 25-30)</p>

* семіздік (жүктілікке дейінгі ДСИ 30-дан жоғары)	
5	Шұғыл медициналық көмекті қажет ететін 7 белгінің біреуінің бар-жоғы: 1. жыныс жолдарынан қан кету 2. құрысулар 3. бастың қатты ауыруы, іш ауыруы, көп әрі тоқтамай құсу 4. ұрықтың сирек қозғалуы не мүлде қозғалмауы 5. дене қызуы жоғары 6. ұрық айналасындағы судың кетуі 7. аяқ-қолдарының және дененің басқа мүшелерінің ісінуі
6	Басқа мәліметтер:
Қорытынды:	
Қауіптің дәрежесі мен бағыттылығы: - үйдің материалдық-тұрмыстық және санитариялық жағдайы бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * ата-ананың зиянды әдеттері бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * жүкті әйелдің жағдайы бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * қазіргі жүктіліктің ағымы өтуі бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * басқа факторлар бойынша: Жоғары қауіптер туралы кім хабар алды: Әйелдер консультациясының меңгерушісі _____ Емхана меңгерушісі (терапиялық қызмет) _____ Басқа ведомстволар немесе жергілікті билік _____	
Ұсыныстар: * оңтайлы күн режимін, демалыс, ұйқы мен дене белсенділігін сақтау * оңтайлы тамақтануды қолдау бойынша (тамақтану пирамидасы) * препараттарды профилактикалық қабылдау (темір, фолий қышқылы, құрамында йод бар препараттар) * АИТВ, ЖЖБЖ және туберкулез профилактикасы * Жеке гигиенаны сақтау және тұрмысты көркей * Ұрықтың дамуына темекі шегу, алкоголь мен есірткіні пайдаланудың әсері туралы	

Мейіргер/Фельдшер

Екінші босану алдындағы патронаж

Әйелге консультация беру бөлімінің атауы _____

Екінші босану алдындағы патронажды өткізу күні _____

1.	Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты:
	Туған күні мен жасы (толық жасы)
	Жүкті әйелдің тіркелу орны
	Тұрғылықты мекенжайы

Дені сау баланың үйде және қабылдау кезінде патронажды бақылануын жазу

Жаңа туған нәрестенің алғашқы патронажы:

Жаңадан туған нәрестені қарау мақсаттары:

1. Туғаннан соң қалыпты бейімделуіне көз жеткізу
2. Қауіпті белгілердің бар-жоғын тексеру
3. Бойы мен дамуын бағалау
4. Туа біткен даму ақауларының бар-жоғын тексеру

Қарау күні 20__/__/____ Жасы: ____ Дене қызуы _____	
Туған кездегі Салмағы: ____ кг Бойы ____ см ДСИ ____ Бас шеңбері ____ см	
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: 1. Жиі тыныс алу (минутына 60-тан артық); 2. Тыныс алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп тыныс алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Ширату кезінде ғана қозғалыс жасау немесе ширату болса да қозғалыстың болмауы; 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындудан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріңнің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.	Иә ___ Жоқ ___ —
Анамнез: Нәресте шала туды ма (37 аптадан кем); жамбаспен жатуы; босанудың ауыр болуы; жаңа туған нәрестенің реанимациясы; анамнездегі құрысулар; перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу; басқа...	Ауыр анамнез : Иә ___ Жоқ ___ —
Бассүйек-ми нервтерінің функциясын бағалаңыз (тіл қозғалысы, көз қозғалысы, жұту рефлексінің бар-жоғы); рефлексстерді тексеріңіз (симметриялы болуы тиіс): іздеу; ему; ұстау; Моро рефлексі; Бет-жүзін карау: _____ (симметриялы. дизморфизм белгілері, қарашықтың жарыққа реакциясы, өлшемі, пішіні, мөлдірқабық ж а ғ д а й ы) Терісі: _____ (қалыпты қызғылт не қою қызғылт) Сілемейлі ауыз қуысы _____ конъюнктивалар _____ Бұлшық ет тонусы _____ (қалыпты аяқ-қолдардың гипертонусы және дене мен мойын	

гипотонусы; нәрестенің қолы мен аяғы бүгіліп, денесіне қысылған, қол ұштары жұдырыққа жұмылған " ф л е к с о р л ы п о з а ")

Көзге көрінетін туа біткен ақаулар _____

Сүйек жүйесі _____

Бас пішіні _____ тігістер _____

Үлкен енбегі _____ кіші енбегі _____

Буындарын бағалаңыз: _____ қозғалыстарын, өлшемін, симметриялығын, иық өрімінің бұзылуы бар-жоғы, бұғананың сынған-сынбағанын тексеріңіз; санының туа біткен шығып кетуі бар-жоғын тексеріңіз, аяқ басының деформациясын

Тыныс алу ағзалары: _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) _____

(қ а л ы п т ы 3 0 - 6 0 / м и н)

ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ (қалыпты 100 /мин артық); жүрек ритмі _____

_____ ; Жүрек шуы _____ ; Сандық тамыр соғудың пальпациясы _____ (қалыпты симметриялы е к і ж а ғ ы н а н)

Ас қорыту ағзалары: Іші _____ Бауыры _____ Көкбауыры _____

Жыныс ағзалары (жарықтар, жыныстық екі жақтылық белгілері) _____

Кіндікбауы _____ (туған соң алғашқы тәулікте кіндік қалдығы түсе бастайды,

содан кейін құрғап, әдетте 7-10 күннен кейін түсіп қалады, тазалыққа сақтаған жағдайда қосымша

т а з а л а у д ы қ а ж е т е т п е й д і)

Несеп шығаруы _____ (қалыпты барабар емізген жағдайда 6 кем емес);

Нәжісі _____ (қалыпты ашық сары түсті, ботқа іспетті, қышқыл иісті)

Емізумен проблемалар бар ма

Тамақтандыру проблемалары

*

Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___

*

Бала анасын емеді ме? Иә ___ Жоқ ___

*

Егер Иә болса, 24 сағатта неше рет? ___ рет

*

Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___

*

Бала басқа тағам немесе сұйықтық қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___

*

Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы _____ және қасықты _____

Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):

Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

*

Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін м ы н а л а р ғ а қ а р а ң ы з :

- Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___

*

Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___

*

Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___

*

Емшекпен емізуді бағалаңыз:

Соңғы сағат ішінде

<p>нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр.</p> <p>Иә _____ Жоқ _____</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Д а м у проблемалары</p>
<p>Нәрестенің егілу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Нәресте бүгін алуға тиісті егулердің астын сызыңыз:</p> <p>В 1-0 типті гепатит _____ БЦЖ _____</p>		<p>Келесі егуді қабылдау үшін дәрігерге келу:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: Бала төсегінің, күту заттарының, баланың киім-кешегінің бар-жоғы.</p>		<p>К ү т і м проблемалары</p>
<p>Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25 C⁰-тен төмен емес)</p> <p>Нәресте гигиенасы _____</p>		
<p>А н а д е н с а у л ы ғ ы н б а ғ а л а у :</p> <p>1. Сүт бездерін қарау:</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>2. Босанудан кейінгі депрессия белгілері (әр келген сайын назар аудару қажет):</p> <p>1. Терең уайымшылдық және мазалану</p> <p>2. Терең уайым болып</p> <p>3. Жиі жылау жатқанын</p> <p>4. Нәрестеге қамқор жасауға қабілетсіз сезіну айтып беру</p> <p>5. Кінә сезімі</p> <p>6. Үрей ұстамалары</p> <p>7. Күйзелу және ашшандық</p> <p>8. Шаршау және қуаттың жетіспеушілігі</p>		<p>Босанудан кейінгі депрессияны режіммен қарау бойынша кеңестер:</p> <p>1. Басқа жұмыстарды тастап, балаға қамқорлық көрсету.</p> <p>2. Отбасы мүшелеріне өзімен не болып жатқанын айтып беру</p> <p>3. Нәресте көпшілік ортасында болатындай</p>

9.	Назарды бір нәрсеге жұмылдыруға қабілетсіз болу	жағдай жасау
10.	Ұйқының бұзылуы	4. Баланы жиі ұстау
11.	Тәбет мәселесі	5. Бала туралы ойлау
12.	Жыныстық қатынасқа қызығушылықты жоғалту	6. Көшеге жиі шығу және қозғалу
13.	Дәрменсіз әрі үмітсіз сезіну	7. Жақсы тамақтану
14.	Баланы жек көру	8. Өзін-өзі күтіну
		9. Күнделік жүргізу
		10. Егер осы шаралар көмектеспесе маманға жүгіну.
Қорытынды:		

Ұсыныстар:

*

Емізудің артықшылықтары мен практикасы

*

Тек емузуді ғана қамтамасыз ету

*

Емшек сүтін сауу техникасы (қажет болған жағдайда)

*

Ананың оңтайлы тамақтануы

*

Ананың жеке гигиенасы

*

Жаңа туған нәрестенің бөлмесіне және күту заттарына деген талаптар

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек таңдауға, жаңа туған нәрестені күтуге арналған заттарға

мен ойыншықтарына қойылатын талаптар), жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу

үшін ата-ананың мінез-құлқы)

*
Жаңа туған нәрестені күту, серуендер режимі, гигиеналық шомылдырулар

*
Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер)

*
Дәрігердің жұмыс істеу уақыты және медициналық ұйымның (МҰ) координаттары туралы анасын хабардар ету

*
Әкесін нәрестені күтуге қатыстыру (мысалы: шомылдыру кезінде, киімін ауыстыру кезінде)

*
Басқа ұсынымдар
Дәрігер:
Мейіргер:

Мейіргердің үйдегі патронажы (7-күн)

Қарау күні 20_ / _____ Жасы: _____ Дене қызуы _____ Нәрестенің денсаулық жағдайына анасының шағымы бар ма _____	
Қауіп белгілерін бағалаңыз: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтеріңкі тонус; 7. Дене қызуының $37,5^{\circ}\text{C}$ -тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы $<36,5^{\circ}\text{C}$ -тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріннің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.	Иә ___ Жок ___
Емізу проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тағам проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жок ___	
* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жок ___	
* _____	

Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ____		
* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____		
* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ____ Жоқ ____		
* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты		
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):		
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ____ Жоқ ____ * Аузы қатты ашық Иә ____ Жоқ ____ * Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ____ Жоқ ____ * Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә ____ Жоқ ____ Емшекке тиіп тұрған Жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз		Даму
* Балаңызбен қалай ойнайсыз? * Балаңызбен қалай сөйлесесіз?		Проблемалары
Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		Проблемалар
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25 °C-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____		Күтім проблемалары
Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүт безін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режімі		Проблемалар

Ұсыныстар:

*

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер,
емізу және сусын беру режимі).

*

Тек емшекпен емізу

*

Психологиялық-әлеуметтік дамуды ынталандыру

*

Жаңа туған нәрестені күту, серуенге шығару режимі

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын
таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның
алдын алу үшін
ата-анасының мінез-құлқы.

*

Микронутриентті жетіспеушілік профилактикасы (темір, А витамині, йод,
мырыш)

*

Анасының жеке гигиенасы.

*

1 айлық жасында дәрігерге қаралуға шақыру.

Мейіргер:

Дәрігердің үйге баруы (15-күн)

Қаралу күні 20 ____ / ____ Жасы: ____ . Дене қызуы ____

Анасының шағымдары:

Қауіп белгілерін бағалаңыз: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтеренкі тонус; 7. Дене қызуының $37,5^{\circ}\text{C}$ -тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы $<36,5^{\circ}\text{C}$ -тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бледность; 10. Кіндік жарасынан іріңнің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.

Иә ___ Жоқ ___

<p>Терісі: Кіндікбауы _____ С і л е м е й л і а у ы з қ у ы с ы _____ конъюнктивалар _____ үлкен еңбек _____ Тыныс ағзалары: _____ тыныс алудың жиілігі _____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ қалыпты 100/мин артық); жүрек ритмі _____; жүрек шулары _____ Ас қорыту ағзалары: Іші _____ Бауыры _____; Көкбауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Емізу проблемасы бар-жоғын анықтаңыз</p>	<p>Тамақтану проблемалары</p>
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____</p>	
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);</p>	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме ?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жаксы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз * Балаңызбен қалай ойнайсыз? * Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Д а м у проблемалары</p>
<p>Күтімді бағалау:</p>	<p>К ү т і м проблемалары</p>

Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә ___ Жоқ ___ —
Мамандандырылған көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер: Есту қабілеті бойынша көру қабілеті бойынша	Проблемалар
Анасының аурудың қауіпті белгілерін білуі	Иә ___ Жоқ ___ —
Анасының денсаулығын бағалау:	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

1. Тек емшекпен емізуді ынталандыру
 2. Тамақтандыратын ананың жақсы тамақтануы және ұйықтау/демалу режімі
 3. Жаңа туған нәресте күтімі
 4. Психологиялық-әлеуметтік дамуды ынталандыру
 5. Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін ата-анасының мінез-құлқы.
 6. Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім
 7. Анасы бірден дәрігерге жүгінуі қажет нәрестедегі аурудың қауіпті белгілеріне үйрету:
сусын іше алмайды немесе емшекті еме алмайды, әр тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу, құрысулар, летаргиялы (ұйқылы) не ессіз.
 8. Басқа.
- Дәрігер:

Мейіргердің үйдегі патронажы (21-күн)

Қаралу күні 20___/___ Жасы: ___. Дене қызуы _____		
Анасының шағымдары:		
Қауіп белгілерін бағалаңыз: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтеріңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарыламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бледность; 10. Кіндік жарасынан іріңнің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.	Иә ___ Жоқ ___ —	
Терісі: С і л е м е й л і конъюнктивалар үлкен	Кіндікбауы а у ы з еңбек	_____

<p>Тыныс ағзалары: _____ тыныс алудың жиілігі _____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ қалыпты 100/мин артық); жүрек ритмі _____; жүрек шулары _____ Ас қорыту ағзалары: Іші _____ Бауыры _____; Көкбауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Емізу проблемасы бар-жоғын анықтаңыз</p>	<p>Тамақтану проблемалары</p>
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені колданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты</p>	
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);</p>	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме? ?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз • Балаңызбен қалай ойнайсыз? • Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Даму проблемалары</p>
<p>Күтімді бағалау:</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___ —</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер: Есту қабілеті бойынша көру қабілеті бойынша</p>	<p>Проблемалар</p>
<p>Анасының аурудың қауіпті белгілерін білуі</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___ —</p>

Анасының денсаулығын бағалау:	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер, емізу және сусын беру режімі).

*

Тек емшекпен емізу

*

Психологиялық-әлеуметтік дамуды ынталандыру

*

Жаңа туған нәрестені күту, серуенге шығару режімі

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін ата-анасының мінез-құлқы.

*

Микронутриентті жетіспеушілік профилактикасы (темір, А витамині, йод, мырыш)

*

Анасының жеке гигиенасы.

*

1 айлық жасында дәрігерге қаралуға шақыру.
Мейіргер:

Мейіргердің үйдегі патронажы (28-күн)

Қаралу күні 20 ___ / ___ Жасы: __. Дене қызуы _____
Анасының нәрестенің денсаулық жағдайына шағымдары бар ма _____
Қауіп белгілерін бағалаңыз: 1. Жиі тыныс алу (минутына 60-тан артық); 2. Тыныс алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп тыныс алу (экспираторлы ентігу); 5. құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтеріңкі тонус; 7. Дене

<p>қызуының 37,5⁰С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5⁰С-тен төмен және жылынуудан кейін де жоғарыламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бледность; 10. Кіндік жарасынан іріңнің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Емізу проблемасы бар-жоғын анықтаңыз</p>	<p>Тамақтану проблемалары</p>
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты</p>	
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);</p>	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз:</p> <p>- Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз</p> <p>■ Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>■ Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Д а м у проблемалары</p>
<p>Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемей, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Проблемалар</p>
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме – t 25⁰С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы</p>	<p>К ү т і м проблемалары</p>

Ана денсаулығының жағдайын бағалау:	Проблемалар
Сүт безін қарау: _____	
Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режімі	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер, емізу және сусын беру режімі).

*

Тек емшекпен емізу

*

Психологиялық-әлеуметтік дамуды ынталандыру

*

Жаңа туған нәрестені күту, серуенге шығару режімі

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін ата-анасының мінез-құлқы.

*

Микронутриентті жетіспеушілік профилактикасы (темір, А витамині, йод, мырыш)

*

Анасының жеке гигиенасы.

*

1 айлық жасында дәрігерге қаралуға шақыру.
Мейіргер:

1 айлық нәрестенінің дәрігер мен мейіргермен қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

--

Қаралу күні 20___/___	Жасы: ___	Дене кызуы ___
Салмақ ___ гр.	Бойы ___ см.	ДСИ ___ Бас шеңбері ___ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Нәрестені қарау	Терісі: Кіндікбауы _____	Диагноз:
Сілемейлі ауыз	қуысы _____ Аңқасы _____	
конъюнктивалар	_____	
үлкен енбегі	_____	
Тыныс алу ағзалары: _____	Тыныс алудың жиілігі _____	
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ) _____	_____	
Жүрек ритмі _____;	Жүрек шулары _____;	
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ көкбауыры _____		
Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____		
Емізу проблемасы бар-жоғын анықтаңыз		Тамақтану проблемалары
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты</p>		
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);		
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз:</p> <p>- Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жаксы тиіп тұр</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
Егу Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек	жағдайын тексеріңіз:	Келесі екпе үшін дәрігерге келуі ___

В 1-0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айға ___мм Және шеткі лимфатүйіндері	_____
Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қ а б ы л д а у) , Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)	Дозасы ұзақтығы
П с и х о м о т о р л ы қ да м у : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған Даму үшін күту проблемалары
К ү т і м д і бағалау : 1. Ауру балаға қалай қарауды және медициналық қызметкерге қашан жүгінуді біледі 2. Осы ұсынымдарға сәйкес баланы тамақтандыру, дамыту және күтімдер бойынша ұ с ы н ы м д а р д ы о р ы н д а й д ы 3. Анасы қауіп белгілерін біледі ме: 1. Жиі дем алу (минутына 60-тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтеріңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан ірінің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.	К ү т і м проблемалары
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә ___ Жок ___
Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер Мүмкін болатын керемдік және кезь проблемалары	Проблемалар
* Нәресте қарым-қатынас жасамайды. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда қиналады. * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық жәбірленудің іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау: Отбасын жоспарлау проблемалары бойынша консультация беру (лактациялық аменорея, презервативтер, ІҚС...)	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек,
тамақтандыру және
сусын беру режімі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар
және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және
ата-аналардың мінез-
құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауындағы ай сайын қарау

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

Басқа Дәрігер:

Мейіргер:

1 мен 2 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ / ____ Жасы: ____ Дене қызуы ____ Салмақ ____ гр. Бойы ____ см. ДСИ ____ Бас шеңбері ____ см Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымдары:	Иә ___ Жоқ ___
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
<p>*</p> Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___	
<p>*</p> Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___	
<p>*</p> Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет	
<p>*</p> Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
<p>*</p> Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___	
<p>*</p> Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені колданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);	
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. <p>*</p> Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек еміуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді <p>*</p> Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).

Дамыту Балаңызбен Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	мақсатындағы қалай	күтімді	бағалау ойнаысыз?	Даму проблемалары
Нәрестеге (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	қатал	қарау	белгілері:	Иә__Жоқ__ _
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25 °C-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____				Күтім проблемалары
Ана Сүтбезін Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режімі	денсаулығының	жағдайын қарау: _____	бағалау:	Проблемалар
Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па				Иә__Жоқ__

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика соответственно возрасту.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1 -2 рет), айғақтар бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәресте даму мақсатында 2 айлығында әкесін нәрестені күтуге белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауындағы ай сайын қарау

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Мейіргер:

2 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20 ___/___	Жасы: ___	Дене қызуы _____
Салмақ _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____	Бас шеңбері __ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Н ә р е с т е н і		қ а р а у	
Терісі:	Кіндікбауы _____	Диагноз:	
Сілемейлі ауыз	қуысы _____		
Аңқасы _____	Аңқасы _____		
конъюнктивалар _____	Аңқасы _____		
үлкен енбегі _____	Аңқасы _____		
Тыныс алу ағзалары: _____	Тыныс алудың жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ) _____	Жүрек шулары _____		
Жүрек ритмі _____;	Жүрек шулары _____;		
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ көкбауыры _____	Нәжісі _____		
Несеп шығаруы _____;	Нәжісі _____			Тамақтану проблемалары
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз			
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты</p>			

Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);

<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә___Жоқ___ - Аузы қатты ашық Иә___Жоқ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә___Жоқ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр.Иә___Жоқ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айға ___мм Және шеткі лимфатүйіндері</p>		<p>Келесі екпе үшін дәрігерге келуі ___ ___ Келу күні _____</p>
<p>Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау) , Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)</p>		<p>Дозасы ұзақтығы</p>
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Артта қалмаған _____эпикризді мерзімге артта қалған Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Күтімді бағалау: 1. Ауру балаға қалай қарауды және медициналық қызметкерге қашан жүгінуді біледі 2. Осы ұсынымдарға сәйкес баланы тамақтандыру, дамыту және күтімдер бойынша ұсынымдарды орындайды 3. Анасы қауіп белгілерін біледі ме: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтеріңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5⁰С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5⁰С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріңнің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік</p>		

қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау. Күтім проблемалары	Күтім проблемалары
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемей, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә__Жоқ__
Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Мүмкін болатын керемдік және кез проблемалары * Нәресте қарым-қатынас жасамайды. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда киналады. * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық зорлық-зомбылық іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау: Отбасын жоспарлау проблемалары бойынша консультация беру (лактациялық аменорея, презервативтер, ІҚС...)	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика соответственно возрасту.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге карай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы. Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру. 2 айлық

жасында дәрігерге қаралуға шақыру

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер/фельдшер:

Мейіргер:

2 мен 3 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20___/____ Жасы:___.	Дене қызуы_____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма_____	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә___ Жоқ___ ___
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә___ Жоқ___ * Нәресте емшек еме ме? Иә___ Жоқ___ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет?___рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә___ Жоқ___ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә___ Жоқ___	

* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты		
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);		
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?		Проблемалар
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемей, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		Проблемалар
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме – t 25 °C-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____		Проблемалар
Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүт безін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режімі		Проблемалар
Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па		Иә ___ Жоқ ___ _

Ұсыныстар:

*
Тек емшекпен емізу практикасы.

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*
Жасына сәйкес психоәлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге 3 айында шақырылды.

Мейіргер:

Нәрестенің 3 айлығында дәрігердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене	қызуы_____
Салмақ_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____	Бас	шеңбері__см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:				
Анасының шағымдары:				
Нәрестені қарау				
Терісі:				
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы				
Сілемейлі ауыз қуысы_____Аңқасы_____				
конъюнктивалар_____				
үлкен енбегі_____				
Тыныс ағзалары:_____Тыныс жиілігі_____				
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ)_____				
Жүрек ритмі_____; Жүрек шулары_____;				
Диагноз				

<p>Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ к ө к б а у ы р ы _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>		
<p>Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз</p>		Тамақтану проблемалары
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ _пиаланы және қасықты</p>		
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);</p>		
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ - - - - - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Ж о қ _ _ _ _ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек В 1- 0 гепатит БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айға ___ мм Және шеткі лимфатүйіндері</p>		<p>Келесі екпе үшін дәрігерге келуі _____ Келу күні _____</p>
<p></p>		

Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)	Дозасы ұзақтығы
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Артта қалмаған _____эпикризді мерзімге артта қалған Даму үшін күту проблемалары
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ іші алмайды 2. Ұйқылы не ессіз 3. Анамнездегі құрысулар 4. Тамақтанған және сусын ішкен сайын құсу және осы ұсыныстарға сәйкес нәрестені күту ережелері * Тамақтандыру, даму және күту бойынша ұсыныстарды орындайды * Ауру балаға қарау ережелерін біледі: тамақтандыру, сусын ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгінуді біледі	Күтім проблемалары
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә___ Жоқ___
Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * мүмкін болатын керендік және кез проблемалары * Нәресте қарым-қатынас жасамайды. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда киналады. * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық зорлық-зомбылық іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Проблемалар Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек,
тамақтандыру және
сусын беру режімі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар
және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және
ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауына 3 айында шақыру

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер:

3 пен 4 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__/____/____ Жасы: ____. Дене қызуы _____	
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____	
Анасының шағымдары : Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____	
<p>Қауіпті белгілерді бағалаңыз:</p> <p>* Нәресте іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?</p>	Иә__ Жоқ__ —
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә__ Жоқ__ * Нәресте емшек еме ме? Иә__ Жоқ__ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? __рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә__ Жоқ__ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә__ Жоқ__ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____пиаланы және қасықты</p>	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);	
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз:</p> <p>- Иегі емшекке тиіп тұр Иә__ Жоқ__ - Аузы қатты ашық Иә__ Жоқ__ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә__ Жоқ__ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә__ Жоқ__</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>

Дамыту Балаңызбен Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	мақсатындағы қалай	күтімді	бағалау ойнайсыз?	Проблемалар
Нәрестеге (жәбірлеу, елемей, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	қатал	қарау	белгілері:	Проблемалар
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме – t 25 °С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____				Проблемалар
Ана Сүт безін Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі	денсаулығының	жағдайын қарау: _____	бағалау:	Проблемалар
Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па				Иә ___ Жоқ ___ —

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

Дәрігерге 4 айында шақырылды.

Мейіргер:

4 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргер қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні 20__/____ Жасы: ____ Дене қызуы ____ Салмақ ____гр. Бойы ____см. ДСИ ____ Бас шеңбері ____см Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымдары:	
Нәрестені қарау Терісі: Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы Сілемейлі ауыз қуысы ____Аңқасы____ конъюнктивалар ____ үлкен енбегі ____ Тыныс ағзалары: ____ Тыныс жиілігі ____ ____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) ____ ____ Жүрек ритмі ____; Жүрек шулары ____; Ас қорыту ағзалары: іші ____бауыры;____ көкбауыры ____ Несеп шығаруы ____; Нәжісі ____	Диагноз
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамактану проблемалары
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ____рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ____ Жоқ ____</p> <p>*</p>	

Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз:</p> <p>Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз:</p> <p>- Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- _____</p> <p>- Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр.Иә ___ Ж о қ _ _ _ _</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек</p> <p>В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айға ___ мм</p> <p>Және шеткі лимфатүйіндері</p>	<p>Келесі екпе үшін дәрігерге келуі _____</p> <p>Келу күні _____</p>
<p>Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау),</p> <p>Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)</p>	<p>Дозасы ұзақтығы</p>
<p>Психомоторлық даму:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Ә =</p> <p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған</p> <p>Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>*</p> <p>Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ іші алмайды 2. Ұйқылы не ессіз 3. Анамнездегі</p>	

<p>кұрысулар 4. Тамақтанған және сусын ішкен сайын құсу және осы ұсыныстарға сәйкес нәрестені күту ережелері</p> <p>* Тамақтандыру, даму және күту бойынша ұсыныстарды орындайды</p> <p>* Ауру балаға қарау ережелерін біледі: тамақтандыру, сусын ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгінуді біледі</p>	Күтім мәселесі
<p>Нәрестеге катал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	Иә ___ Жоқ ___
<p>Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Мүмкін болатын керемдік және кез проблемалары</p> <p>* Нәресте қарым-қатынас жасамайды.</p> <p>* Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда қиналады.</p> <p>* Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық зорлық-зомбылық іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса)</p> <p>* Тәбетінің нашарлауы.</p>	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
<p>Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау</p>	Проблемалар
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*

Тек емішекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге 4 айында шақырылды.

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер:

Мейіргер

4 пен 5 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20___/___	Жасы: ___.	Дене кызуы_____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____			
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:			
* Нәресте іше ала ма немесе емшек еме ала ма?			
* Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?			Иә___ Жоқ___
* Құрысулар болды ма?			—
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?			
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз			Тамақтану проблемалары

* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___		
* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___		
* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет		
* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___		
* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___		
* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты		
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);		
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз: - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?		Проблемалар
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		Проблемалар
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме – t 25 °C-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____		Проблемалар
Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүт безін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режімі		Проблемалар
Қорытынды: дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па		Иә ___ Жоқ ___ _

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек,
тамақтандыру және
сусын беру режімі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар
және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және
ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге 5 айында шақырылды.

Мейіргер:

5 айында нәрестенің дәрігер мен мейіргермен қабылдау кезінде қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене	қызуы_____
Салмағы_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____Бас		шенбері__см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:				

Анасының шағымдары:		
<p>Нәрестені _____ қарау</p> <p>Терісі:</p> <p>Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы _____</p> <p>Сілемейлі ауыз қуысы _____ Аңқасы _____</p> <p>конъюнктивалар _____</p> <p>үлкен _____ енбегі _____</p> <p>Тыныс ағзалары: _____ Тыныс жиілігі _____</p> <p>ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____</p> <p>—</p> <p>Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____;</p> <p>Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____</p> <p>к ө к б а у ы р ы _____</p> <p>Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>		Диагноз
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз		Тамақтану проблемалары
<p>*</p> <p>Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет</p> <p>*</p> <p>Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___</p> <p>Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Егер Иә болса, қаншалықты жиі? Тәулігіне _____ рет</p> <p>және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____</p> <p>пиаланы және қасықты</p>		
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);		
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарға қараңыз:</p> <p>- Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>- Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>— — —</p> <p>- Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___</p> <p>Ж о қ _ _ _ _</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p>	

<p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айға ___мм Және шеткі лимфатүйіндері</p>	<p>Келесі екпе үшін дәрігерге келуі _____ Келу күні _____</p>
<p>Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)</p>	<p>Дозасы ұзақтығы</p>
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған Даму үшін күту Проблемалары</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ іші алмайды 2. Ұйқылы не ессіз 3. Анамнездегі құрысулар 4. Тамақтанған және сусын ішкен сайын құсу және осы ұсыныстарға сәйкес нәрестені күту ережелері * Тамақтандыру, даму және күту бойынша ұсыныстарды орындайды * Ауру балаға қарау ережелерін біледі: тамақтандыру, сусын ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгінуді біледі</p>	<p>Күтім мәселесі</p>
<p>Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Мүмкін болатын кереңдік және кез проблемалары * Нәресте қарым-қатынас жасамайды. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда киналады. * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық зорлық-зомбылық іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.</p>	<p>Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)</p>
<p>Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау</p>	<p>Проблемалар</p>

Қорытынды:

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық

ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 5 айында шақыру.

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

5 пен 6 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20 ___ / ___	Жасы: ___	Дене қызуы	_____
Нәрестенің денсаулығы жайында анасының шағымы бар ма _____				
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:				
* Нәресте іше ала ма немесе емшек еме ала ма?			Иә ___ Жоқ ___	
* Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?			—	
* Құрысулар болды ма?				
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?				
Анықтаңыз, тамақтану проблемалары бар ма			Тамақтану проблемалары	
* Сізде тамақтандыру кезінде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___				
* Нәресте емшекпен тамақтанады ма? Иә ___ Жоқ ___				
* Иә болса, 24 сағатта неше рет? _____ рет				
* Сіз түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___				
* Нәресте басқа тамақ немесе сұйықтықты қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___				
Иә болса, Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері қандай? _____ рет тәулігіне және тамақтану кезінде нені қолданасыз бөтелке _____ пиала және қасық _____				
Егер нәресте 1 айдан аз болса, немесе тамақтандыру кезінде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен);				
Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?		Егер нәресте соңғы сағатта емшек ембеген болса, анасынан емшек беруді сұраңыз. Емізіп жатқан кезін 4 минут бақылаңыз. * Нәресте емшек еме ала ма? Емшек алуын тексеру үшін мынаған қ а р а ң ы з : - Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ - Аузы кең ашылған Иә ___ Жоқ ___ - Төменгі еріні сыртқа қарай қайырылған Иә ___ Жоқ ___ - Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменгі жағынан көрінеді Иә ___ Жоқ ___ * Емшекті мүлде алмайды Емшек алуы нашар Емшек алуы жақсы		

	Нәресте тиімді емеді ме (емуі баяу терең дем алып ему қозғалысын жасайды)? Мүлде ембейді Тиімсіз емеді Тиімді емеді * Аузынан жара немесе ақ дақтарды іздеңіз (аузының уылуы).	
Дамыту Балаңызбен Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	мақсатындағы күтімді бағалау қалай ойнайсыз?	Проблемалар
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.		Проблемалар
Күтім жағдайын бағалау: нәресте төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме – t 25 °C-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____		Проблемалар
Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүтбездерін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен дем алу тәртібі		Проблемалар
Қорытынды: Нұсқаулар орындалуда		Иә__ Жоқ__ —

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен ғана емізу тәжірибесі

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлық дамуы (Анасына Ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), сәулесін жеткілікті қабылдау, көрсетілім

бойынша Д витаминімен арнайы алдын алу.

*

Нәресте ауырған жағдайда көңіл бөлу және күтім ережелері (қауіпті белгілер, қашан көмекке

жүгіну қажет, тамақтану және ішу тәртібі)

*

Вакцинациялау (уақытында жүргізу, егуде болатын реакциялар және ата-анасының мінез-

кұлқы, екпелер қандай жұқпалардан қорғайды)

*

Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу.

*

Нәрестені дамыту мақсатындағы күтімге әкесін белсенді қатыстыру.

*

6 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер

6 айлығында нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20 ___/___	Жасы: ___.	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____	Бас шеңбері __ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені қарау			
Терісі:			
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы			
Сілемейлі ауыз қуысы _____	Аңқасы _____		
конъюнктивалар _____			
үлкен енбегі _____			
Тыныс ағзалары: _____	Тыныс жиілігі _____		
_____	Диагноз		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ)			

Жүрек ритмі _____;	Жүрек шулары _____		
_____;			
Ас қорыту ағзалары: іші _____	бауыры; _____		
көк бауыры _____			
Несеп шығаруы _____;	Нәжісі _____		
Дамыту мақсатында күтімді бағалау			
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?	Дамыту үшін күтім проблемалары		
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			
Д о =			
Д р =	А р т т а қ а л м а ғ а н		
Р а =	_____эпикризді мерзімге артта қалған		
Р п =	Даму үшін күту проблемалары		
Н =			
Ә =			
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе ма з а л а м а й ма ?			

<p>Е м і з у</p> <p>1. Баланы емізесіз бе? Иә___ Жоқ___ Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә___ Жоқ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә _____ Жоқ _____ Иә болса, _____мл _____рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>-----</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақандырудың құндылығы: Нәрлі___ ____Нәрсіз_____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ _____мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою___Қою емес___</p> <p>-----</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә___Жоқ___ неше күн _____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә___Жоқ___неше күн _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә___Жоқ___ н е ш е _____к ү н</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә___Жоқ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау_____мм Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы</p>	<p>Келесі егуге келу_____</p> <p>Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* _____</p>	<p>Күтім проблемалары</p>

Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	Иә ___ Жок ___
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Нәресте қарым-қатынасқа түспейді * Жүрген кезде тепе-теңдікті ұстаудың қиындығы * Нәресте мінез-құлқының түсініксіз өзгеруі, физикалық зорлық-зомбылықтың іздерінің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарамағында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Проблемалары Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емшекпен емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік дамуы.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге ай сайын қаралу.

*

Басқа.

Дәрігер:

Мейіргер:

6 мен 7 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ / __ Жасы: __. Дене қызуы ____	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә __ Жоқ __
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық даму: Д о = Д р =	

<p>Р а = Р п = Н = Ә=</p>	<p>А р т т а к а л м а ғ а н _____эпикризді мерзімге артта қалған</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе м а з а л а м а й _____ м а ?</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Баланы емізесіз бе? Иә___ Жоқ___ Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә___ Жоқ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә _____ Ж о қ _____ Иә болса, _____мл_____рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ _____</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ _____ Н ә р с і з _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ _____ м л .</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____ _ _ _</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә___Жоқ___ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә___Жоқ___ неше күн _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә___Жоқ___ н е ш е _____ к ү н</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә___Жоқ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АҚДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АҚДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____мм</p>	<p>Келесі _____ егуге _____ келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды , тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3.</p>	

анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	Иә ___ Жоқ ___
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (кұлақ ауруы мүмкін) Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.	Проблемалары Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

7 айда дәрігердің қабылдауына шақырылады.

7 айлығында нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы: ___.	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____	Басының шеңбері _____ см
Кестені пайдаланып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені		қ а р а у	
Т е р і с і :			
Шеткі		лимфатүйіндердің жағдайы	
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Коньюктивалар _____			

Үлкен		енбегі _____	
Тыныс		ағзалары: _____	
Тыныс		жиілігі _____	
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ) _____ Жүрек ритмі _____			
_____ ;			
Жүрек		шулары _____ ;	
Ас қорыту		ағзалары: іші _____ бауыры; _____ көкбауыры _____	
Несеп шығаруы _____ ; Нәжісі _____			

Дамыту мақсатында Сіз балаңызбен Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	күтімді қалай	бағалау ойнайсыз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =			Артта қалмаған эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?			
Емшекпен тамақтандыру			
1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет?			
2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___			
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?			
Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, ___ мл ___ рет күніне			
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? ___			
2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ___			
3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___			
4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ мл.			
5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___			
6. Өткен аптада бала жеді:			
* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___			
* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___ неше күн ___			
* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн			
7. Балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___			
8. Тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық			
ЕГУ жағдайын тексеріңіз:			
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,			
В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1			
В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2			
В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3			
О П В - 3			
Қызамық + қызылша + паротит			
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау ___ мм			
Күтімді бағалау:			
* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу			
* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі			
*			

Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды	Күтім проблемалары
Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	Иә__Жоқ__
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайын дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер

Мейіргер

7 мен 8 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ / ____. Жасы: ____. Дене қызуы _____	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:	
* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?	
* Тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу болды ма?	Иә ___ Жоқ ___
* Құрысулар болды ма?	
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай қалай ойнайсыз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	
Психомоторлық даму:	
Д о =	
Д р =	
Р а =	
Р п =	
Н =	
Ә =	
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?	

<p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>																
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма ?</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, _____мл _____рет күніне</p>																
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>																
<p>Е Г У жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <table border="0"> <tr> <td>V 1- 0 типті гепатит</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС</td> <td>1+hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>V 2 типті гепатит</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС</td> <td>2+hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>V 3 типті гепатит</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td>3+hib</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>О П В - 3</p> <p>Қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____мм</p>	V 1- 0 типті гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	V 2 типті гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2	V 3 типті гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3	<p>Келесі егуге келу ___</p> <p>___</p> <p>Келу күні _____</p>
V 1- 0 типті гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1												
V 2 типті гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2												
V 3 типті гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3												
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>															
<p>Балаға қатаң қарау белгілері:</p> <p>Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>															
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі</p> <p>* Басын жиі қозғалту (кұлақ ауруы мүмкін)</p> <p>* _____</p>																

Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы	
* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуен, жеткілікті инсоляция

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

8 айында дәрігердің қабылдауына бару.

Мейіргер

8 айлық жасында нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдау кезінде қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене қызуы_____
Салмағы_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____Басының	шеңбері_____см
Кестелерді пайдаланып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені Терісі:		карау	Диагноз
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы			
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Конъюнктивалар_____			
Үлкен _____ енбегі_____			
Тыныс ағзалары:_____Тыныс жиілігі_____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ)_____ Жүрек ритмі_____;			
Жүрек шулары_____;			
Ас қорыту ағзалары: іші_____бауыры;_____көкбауыры_____			
Несеп шығаруы_____; Нәжісі_____			
Дамыту мақсатында күтімді бағалау		Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			Артта қалмаған _____эпикризді мерзімге артта қалған
Д о =			
Д р =			
Р а =			
Н Ә =			
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?			

Е м і з у			
1. Емізесіз бе?		Иә_____	Жоқ_____
Иә болса, тәулігіне		неше	рет?
2. Түнде емізесіз бе? Иә_____ Жоқ_____			
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?			
Иә_____		Жоқ_____	
Иә болса, _____мл _____рет күніне			
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды?_____			
2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз?_____			

3. Жеңіл-желпі тамақандырудың құндылығы: Нәрлі___Нәрсіз___	
4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді?_____мл.	
5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою___Қою емес_____	
6. Өткен аптада бала жеді:	
* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә___Жоқ___неше күн___	
* Бұрыш тұқымдастар Иә___Жоқ___неше күн___неше күн___	
* Қою жасыл және сары көкөністер Иә___Жоқ___неше күн___	
7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә___Жоқ___	
8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
Е Г У жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызылша + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау_____мм	Келесі егуге келу___ -- Келу күні_____
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
ҚОРЫТЫНДЫ:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуен, жеткілікті инсоляция

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайын дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер

Мейіргер

8 бен 9 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20 ___ / ___ Жасы: ___. Дене қызуы _____	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә ___ Жоқ ___
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне	
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
Е Г У жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1	

В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib	2	Келесі еуге келу__
В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib	3	__ __ __
О П В - 3		Келу күні_____
Қы замық + қызылша + паротит		
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау_____мм		
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін		Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.		Иә__Жоқ__
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.		
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру		
Қорытынды:		

Ұсыныстар

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуен, жеткілікті инсоляция

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

9 айында дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер

Мейіргер

9 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене қызуы_____
Салмағы_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____	Басының шеңбері_____см
Кестелерді пайдаланып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені		қ а р а у	
Т е р і с і :			
Шеткі	лимфатүіндердің	жағдайы	
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Коньюктивалар_____			
Үлкен	енбегі_____		Диагноз
Тыныс	ағзалары:_____	Тыныс жиілігі_____	
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ)_____ Жүрек ритмі_____;			

Жүрек Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ көкбауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____	ш у л а р ы _____;
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне	
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ * Бұрыш тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
Е Г У жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____ мм	
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу	

* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі	
* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуен, жеткілікті инсоляция

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайын дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер

Мейіргер

9 бен 10 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20 ___ / ___ Жасы: __. Дене қызуы ___	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:	
* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?	
* Тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу болды ма?	Иә ___ Жоқ ___
* Құрысулар болды ма?	___
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	
Психомоторлық даму:	
Д о =	
Д р =	
Р а =	
Р п =	
Н =	
Ә =	
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандырғанға қатысты ештеңе мазаламай ма?	

<p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, _____мл _____рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>	
<p>Е Г У жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 Келесі егуге</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 келу _____</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 Келу күні _____</p> <p>О П В - 3 _____</p> <p>Қызамық + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____мм</p>	
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	
<p>Арнайы көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер</p> <p>* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі</p> <p>* Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)</p> <p>* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы</p> <p>* _____</p>	

Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту	
Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау	
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуен, жеткілікті инсоляция

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

10 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер

10 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене қызуы_____
Салмағы_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____Басының	шеңбері_____см
Кестелерді пайдаланып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені Терісі:		қарау	Диагноз
Шеткі лимфатүйіндердің		жағдайы	
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Коньюктивалар_____			
Үлкен _____ енбегі_____			
Тыныс ағзалары:_____Тыныс жиілігі_____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ)_____ Жүрек ритмі_____;			
Жүрек _____ шулары_____;			
Ас қорыту ағзалары: іші_____бауыры;_____көкбауыры_____			
Несеп шығаруы_____; Нәжісі_____			
Дамыту мақсатында		күтімді	бағалау
Сіз балаңызбен		қалай	ойнайсыз?
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық			даму:
Д о =			Артта қалмаған _____эпикризді мерзімге артта қалған
Д р =			
Р а =			
Р п =			
Н _____			
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?			
Е м і з у			
1. Емізесіз бе? Иә____ Жоқ____			
Иә болса, _____тәулігіне _____неше _____рет?			
2. Түнде емізесіз бе? Иә____ Жоқ____			
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?			
Иә _____ Жоқ _____			
Иә болса, _____мл _____рет күніне			
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды?_____			
2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз?_____			
3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі____ Нәрсіз____			
4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді?_____мл.			

5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____	
6. Өткен аптада бала жеді:	
* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___	
* Бұрыш тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___ неше күн _____	
* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн	
7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
Е Г У жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызылша + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____ мм	
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайынғы дәрігердің қабылдауында тексерілу.

Дәрігер

Мейіргер

10 және 11 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ / __ Жасы: __. Дене қызуы ____

Анасының шағымдары:

Қауіпті белгілерді бағалаңыз:

* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу болды ма? * Кұрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә__Жоқ_ _____
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә=	
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандырғанға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә___ Жоқ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? 2. Түнде емізесіз бе? Иә___ Жоқ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Ж о қ ___ Иә болса, _____мл _____рет күніне	
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі___ Нәрсіз___ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою___Қою емес_____ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә___Жоқ___ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә___Жоқ___ неше күн _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары көкөністер Иә___Жоқ___ неше күн _____ 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә___Жоқ___ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
ЕГҮ жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 Келесі егуге В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 келу_____ В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 Келу күні___ О П В - 3 Қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау_____мм	
Күтімді бағалау:	

* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу			
* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі			
* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды о р ы н д а й д ы Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін			
Б а л а ғ а	қ а т а ң	қ а р а у	б е л г і л е р і : Иә__Жоқ_
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.			___
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер			
* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі			
* Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)			
* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы			
* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қарым-қатынасқа түспейді.			
А н а с ы н ы ң		д е н с а у л ы ғы н	б а ғ а л а у
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру			
Қорытынды:			

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

11 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.
Мейіргер

11 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене кызуы_____
Салмағы_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____Басының	шеңбері_____см
Кестелерді пайдаланып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені қарау			
Терісі:			
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы			
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Конъюнктивалар_____			
Үлкен енбегі_____		Диагноз	
Тыныс ағзалары:_____Тыныс жиілігі_____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ)_____ Жүрек ритмі_____;			
Жүрек шулары_____;			
Ас қорыту ағзалары: іші_____бауыры;_____көкбауыры_____			
Несеп шығаруы_____; Нәжісі_____			
Дамыту мақсатында күтімді бағалау		Дамыту үшін күтім	
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?		проблемалары	
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			
Д о =			
Д р =			
Р а =		Артта қалмаған	
		эпикризді	

Р	п	=		мерзімге артта қалған
Н		=		
Ә		=		
Тамақтануды бағалау				
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?				

Е м і з у				
1.	Емізесіз	бе?	Иә ___	Жоқ ___
	Иә болса,	тәулігіне	неше	рет?
2.	Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___			
3.	Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма ?			
	Иә	___	___	Ж о қ
	Иә болса,	___мл	___рет	күніне
1.	Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____			
2.	Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____			
3.	Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___			
4.	Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.			
5.	Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____			
6.	Өткен аптада бала жеді:			
	* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____			
	* Бұрыш тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____			
	* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____			
7.	Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___			
8.	Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық			
Е Г У жағдайын тексеріңіз:				
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,				
В	1-	0	типті гепатит	БЦЖ АКДС 1+hib 1
В	2	типті	гепатит ОПВ-1	АКДС 2+hib 2
В	3	типті	гепатит ОПВ-2	АКДС 3+hib 3
О П В - 3				
Қызамық + қызылша + паротит				
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____мм				
Күтімді бағалау:				
* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу				
* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі				
* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды				
Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін (ҚЖК)				
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.				
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер				

* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі	
* Басын жиі қозғалту (кұлақ ауруы мүмкін)	
* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы	
* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*
Емізуді жалғастыру

*
Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*
Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*
Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*
Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*
Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайынғы дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Дәрігер

Мейіргер

11 мен 12 айлық нәрестелердің үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20__ / __ / __ Жасы: __. Дене қызуы ____	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә ___ Жок ___
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	А р т т а _____ қ а л м а ғ а н _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандырғанға қатысты ештеңе м а з а л а м а й _____ м а ?	
Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жок ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жок ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә _____ Ж о к _____ Иә болса, _____мл _____рет күніне	
5. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қ а б ы л д а й д ы ? 6. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтанады?	

<p>7. Жеңіл-желпі тамақтанудың құндылығы: Нәрлі _____ _ Н ә р с і з _ _ _ _ _</p> <p>8. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ _ _ _ _ _ м л .</p> <p>9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____ _ _ _ _ _</p> <p>10. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: _____ бөтелке _____ пиала және қасық</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызамақ +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә _____ Жоқ _____</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) *</p>	<p>Проблемалары Қауіпті белгілер анықталған жағдайда</p>

Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы *	мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту Бала қатынасқа енбейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

12 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер

12 айлық нәрестінің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20___/___	Жасы:___.	Дене қызуы_____
Салмағы_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____	Басының шеңбері_____см
Кестені қолданып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Б а л а н ы	қ а р а у	Диагноз	
Т е р і с і :			
Шеткі лимфатүйіндердің	жағдайы		
Ауыз қуысының шырышты	қабаты		
Аңқасы Коньюктивалар_____			
Үлкен енбегі_____			
Тыныс алу ағзалары:_____			
Тыныс жиілігі_____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі_____ ; Жүрек шулары _____ _____ ;			
Ас қорыту ағзалары: іші_____ бауыры;_____ көк бауыры _____			
Несеп шығаруы _____ ; Нәжісі _____			
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер Есту қабілеті бойынша Көру қабілеті бойынша			
Дамыту мақсатында күтімді бағалау		Дамыту үшін күтім проблемалары	
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?			
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:		А р т т а қ а л м а ғ а н _____эпикризді мерзімге артта қалған	
Д о =			
Д р =			
Р а =			
Р п =			
Н =			
Ә=			
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе м а з а л а м а й		м а ?	
Е м і з у			
1. Емізесіз бе? Иә___ Жоқ___			
Иә болса, тәулігіне неше рет?			
2. Түнде емізесіз бе? Иә___ Жоқ___			
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?			
Иә _____ Жоқ _____			
Иә болса, _____мл _____рет күніне			

<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ м л .</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>* Бұрыш тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары көкөністер Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>	
<p>ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін (ҚЖК)</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә _____ Жоқ _____</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>*</p>	

Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді *	Проблемалары Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Қозғалған затқа қарамайды *	
Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза *	
Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*
Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*
Әр тоқсан сайын дәрігердің қабылдауына келу.

*
Жалпы қан талдауы, жалпы зәр талдауы, гельминттер жұмыртқаларын анықтау үшін нәжіс тапсыру.

*
хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог мамандарының кеңесі
Дәрігер
Мейіргер

1 Жастағы профилактикалық тексеріп-қарау парағы (жеке мамандардың қарауы, талдаулардың нәтижесі және педиатрдың қорытындысы) 1 жыл 3 ай аралығындағы нәрестенің үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20 ___ / ___ Жасы: ___. Дене қызуы _____	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Бала сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Диагноз:
Дамыту мақсатында Сіз балаңызбен Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	күтімді қалай бағалау ойнайсыз? Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандығанға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жок ___	

<p>Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>																												
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?</p> <p>Иә _ _ _ _ _ Жоқ _ _ _ _ _</p> <p>Иә болса, _____мл _____рет күніне</p>																												
<p>9. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды?</p> <p>10. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтанады?</p> <p>11. Жеңіл-желпі тамақтанудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>12. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/субтағамдар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: ___ бөтелке ___ пиала және қасық</p>																												
<p>Е Г У жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <table border="0"> <tr> <td>V</td> <td>1-</td> <td>0</td> <td>типті</td> <td>гепатит</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС</td> <td>1+hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>2</td> <td></td> <td>типті</td> <td>гепатит</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС</td> <td>2+hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>3</td> <td></td> <td>типті</td> <td>гепатит</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td>3+hib</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>О П В - 3</p> <p>Қызылша + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____мм</p>	V	1-	0	типті	гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	V	2		типті	гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2	V	3		типті	гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3	<p>Келесі еуге келу _____</p> <p>Келу күні _____</p>
V	1-	0	типті	гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1																				
V	2		типті	гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2																				
V	3		типті	гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3																				
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>																											
<p>Балаға қатаң қарау белгілері:</p> <p>Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>																											
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Қозғалған затқа қарамайды</p> <p>* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза</p> <p>* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады</p>																												

Анасының денсаулығын 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	бағалау
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

Баланың оңтайлы тамақтануы (отбасы үстелінен толық бес реткі тамақтану, емшекпен тамақтандыруды жалғастыру)

Анасының дұрыс тамақтануы.

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

Жасына сәйкес массаж және гимнастика. Күнделікті серуенге шығу, жеткілікті инсоляция.

Нәресте ауырған жағдайда көңіл бөлу және күтім ережелері (қауіпті белгілер, қашан көмекке жүгіну қажет, тамақтану және ішу тәртібі)

Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу.

Нәрестені дамыту мақсатындағы күтімге әкесін белсенді қатыстыру.

24 айға дейін тоқсанда 1 рет дәрігердің қабылдауында тексерілу және 24 айдағы мамандар консультациясы, зертханалық зерттеуі.
Мейіргер

1 жыл 3 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

--

Қаралу күні 20__ / ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____ Басының шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Б а л а н ы	қ а р а у	Диагноз
Т е р і с і :		
Шеткі	лимфатүйіндердің жағдайы ____	
Ауыз	қуысының шырышты қабаты	
Аңқасы	Коньюктивалар ____	
Үлкен	енбегі ____	
Тыныс	ағзалары: ____	
Тыныс	жиілігі ____	
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) ____ Жүрек ритмі ____		
; Жүрек шулары ____;		
Ас қорыту ағзалары: іші ____ бауыры; көкбауыры ____		
Несеп шығаруы ____; Нәжісі ____		
Дамыту мақсатында	күтімді бағалау	Дамыту үшін күтім проблемалары
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?	Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	
Психомоторлық даму:		Артта қалмаған ____ эпикризді мерзімге артта қалған
Д о =		
Д р =		
Р а =		
Р п =		
Н =		
Ә =		
Тамақтануды бағалау		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?		
Е м і з у		
1.	Емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____	
	Иә болса, тәулігіне неше рет?	
2.	Түнде емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____	
3.	Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?	
	Иә ____ Жоқ ____	
	Иә болса, ____ мл ____ рет күніне	
13.	Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? ____	
14.	Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ____	
15.	Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ____ Нәрсіз ____	
16.	Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ____ мл.	
5.	Тағамның қоюлығы қандай? Қою ____ Қою емес ____	
6.	Өткен аптада бала жеді:	
	* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____	
	* Бұрыш тұқымдастар Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____ неше күн ____	
	* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____	
7.	Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ____ Жоқ ____	
8.	Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	

ЕГУ	жағдайын	тексеріңіз:	
Бүгін	алынатын	егулердің астын сызыңыз,	
В 1-0	типті гепатит БЦЖ	АКДС 1+hib 1	
В 2	типті гепатит ОПВ-1	АКДС 2+hib 2	
В 3	типті гепатит ОПВ-2	АКДС 3+hib 3	
О П В - 3			
Қызамық	+қызылша	+ паротит	
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____мм			
Күтімді бағалау:		Күтім проблемалары	
* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Іше алмайды, тамақ жемейді. 2. летаргиялы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу			
* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды			
* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін			
Балаға	қатаң	қарау	белгілері:
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.			
Иә ___ Жоқ ___			
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер			
* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді			
* Қозғалған затқа қарамайды			
* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза			
* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады			
Анасының денсаулығын		бағалау	
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру			
Қорытынды:			

Ұсыныстар:

*

Баланың оңтайлы тамақтануы (отбасы үстелінен толық бес реткі тамақтану, емшекпен тамақтандыруды жалғастыру)

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, жеткілікті инсоляция.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құلقى.

*

Нәрестені дамыту мақсатындағы әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанда 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,

12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Дәрігер

Мейіргер

1 жыл 6 ай жас аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20___/___ Жасы: ___. Дене қызуы _____						
Анасының шағымдары:						
Дамыту	мақсатында	күтімді	бағалау	Дамытуға		
Сіз	балаңызбен	калай	ойнайсыз?	арналған күтім		
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?				мәселесі		
Психомоторлық				даму:		Артта қалмаған ----- эпикризді мерзімге артта қалған
Д	о	=				
Д	р	=				
Р	а	=				
Р	п	=				
Н		=				
Ә=						
Тамақтануды бағалау						
Балаңызды	тамақтандырғанға	қатысты	ештеңе	мазаламай	ма?	

Е м і з у						

1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет?	
2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне	
5. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____	
6. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____	
7. Жеңіл-желпі тамақандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____	
8. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.	
9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____	
10. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____	
11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
Е Г У жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 Келесі егуге В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 келу _____ В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 Келу күні _____ О П В - 3 Қызамық + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____ мм	
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережелерін орындау * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	Иә ___ Жоқ ___
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді * Қозғалған затқа қарамайды * Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза * Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	

Анасының денсаулығын бағалау
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру
Қорытынды:

Ұсыныстар:

*

Баланы дұрыс тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру. (Емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Әр квартал сайын дәрігердің қабылдауына келу.

*

Жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі, гельминттер жұмыртқаларын анықтау үшін нәжісі.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,

12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Мейіргер

1 жыл 6 айлық жасында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ / __ Жасы: __. Дене қызуы ____								
Анасының шағымдары:								
Дамыту	мақсатында			күтімді	бағалау	Дамытуға		
Сіз	балаңызбен			калай	ойнайсыз?	арналған күтім мәселесі		
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?								
Психомоторлық						даму:		
Д	о	=					Артта	
Д	р	=					қалмаған	
Р	а	=					-----	
Р	п	=					эпикризді	
Н		=					мерзімге артта	
Ә		=					қалған	
Тамақтануды бағалау								
Балаңызды	тамақтандырғанға	қатысты	ештеңе	мазаламай	ма?			

Е м і з у								
1.	Емізесіз	бе?	Иә ___	Жоқ ___				
Иә	болса,	тәулігіне	неше	рет?				
2.	Түнде емізесіз бе?	Иә ___	Жоқ ___					
3.	Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?							
Иә	___	Жоқ	___					
Иә болса,	___	мл	___	рет	күніне			
9.	Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____							
10.	Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____							
11.	Жеңіл тамақ құндылығы:			Нәрлі	Нәрсіз			
12.	Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.							
9.	Тағамның қоюлығы қандай?			Қою	Қою емес _____			
10.	Өткен аптада бала жеді:							
*								
Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____								
*								
Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____								
*								
Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____								
11.	Сіз балаңызға шай бересіз бе?			Иә ___	Жоқ ___			
12.	Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық							
Е Г У жағдайын тексеріңіз:								
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, келесі еуге келу _____								
В	1-	0	типті	гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib 1	
В	2	типті	гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2	
В	3	типті	гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3	
О	П	В	-	3				

Қызылша	қызылша	+	паротит	Келу күні ____
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау				—
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережелерін орындау * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін				
Балаға	қатаң	қарау	белгілері:	Иә ____ Жоқ ____
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.				
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді * Қозғалған затқа қарамайды * Өлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза * Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады				
Анасының	денсаулығын	бағалау		
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру				
Қорытынды:				

Ұсыныстар:

*
Баланы дұрыс тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*
Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*
Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*
Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер, 12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Мейіргер

1 жыл 6 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20 ___/___	Жасы: ___.	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____	Басының шеңбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Б а л а н ы			қ а р а у
Т е р і с і :			
Шеткі	лимфатүйіндердің	жағдайы _____	Диагноз
Ауыз	куысының	шырышты қабаты _____	
Аңқасы _____	Конъюнктивалар _____		
Үлкен	енбегі _____		
Тыныс	ағзалары: _____		
Тыныс	жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____			
; Жүрек шулары _____;			
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ көкбауыры _____			
Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____			
Дамыту мақсатында	күтімді	бағалау	Дамыту үшін күтім проблемалары
Сіз балаңызбен қалай	қалай	ойнайсыз?	
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Д	о	=	
Д	р	=	
Р	а	=	
Р	п	=	
Н		=	
Ә		=	
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты	ештеңе	мазаламай	ма?

<p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>																
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма ?</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, _____мл _____рет күніне</p>																
<p>17. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>18. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>19. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>20. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>* Бұрыш тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>																
<p>Е Г У жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <table border="0"> <tr> <td>V 1- 0 типті гепатит</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС</td> <td>1+hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>V 2 типті гепатит</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС</td> <td>2+hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>V 3 типті гепатит</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td>3+hib</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>О П В - 3</p> <p>Қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау _____мм</p>	V 1- 0 типті гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	V 2 типті гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2	V 3 типті гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3	<p>Келесі егуге келу ___</p> <p>— — —</p> <p>Келу күні _____</p>
V 1- 0 типті гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1												
V 2 типті гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2												
V 3 типті гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3												
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Іше алмайды, тамақ жемейді. 2. летаргиялы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>К ү т і м проблемалары</p>															
<p>Балаға қатаң қарау белгілері:</p> <p>Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>															
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Қозғалған затқа қарамайды</p> <p>* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза</p> <p>* *</p>																

Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	бағалау
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Баланы дұрыс тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру. (Емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,

12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Дәрігер

Мейіргер

1 жыл 9 айлық жасында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ / __ Жасы: __. Дене қызуы ____				
Анасының шағымдары:				
Дамыту Сіз Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	мақсатында балаңызбен	күтімді калай	бағалау ойнайсыз?	Дамытуға арналған күтім мәселесі
Психомоторлық			даму:	Артта қалмаған ----- эпикризді мерзімге артта қалған
Д	о	=		
Д	р	=		
Р	а	=		
Р	п	=		
Н		=		
Ә		=		
Тамақтануды бағалау				
Балаңызды тамақтандырғанға қатысты ештеңе мазаламай ма?				

Е м і з у				
1.	Емізесіз	бе?	Иә ___	Жоқ ___
	болса,	тәулігіне	неше	рет?
2.	Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___			
3.	Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма?			
	Иә ___			Жоқ ___
	Иә болса, _____мл _____рет күніне			
13.	Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____			
14.	Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____			
15.	Жеңіл тамақ құндылығы:		Нәрлі _____	Нәрсіз _____
16.	Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.			
9.	Тағамның қоюлығы қандай?		Қою ___	Қою емес _____
10.	Өткен аптада бала жеді:			
	* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____			
	* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____			
	* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____			
11.	Сіз балаңызға шай бересіз бе?		Иә ___	Жоқ ___
12.	Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық			
Е Г У жағдайын тексеріңіз:				
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,				
В	1-	0 типті	гепатит	БЦЖ АКДС 1+hib 1
В	2	типті	гепатит	ОПВ-1 АКДС 2+hib 2
В	3	типті	гепатит	ОПВ-2 АКДС 3+hib 3
О П В - 3				
АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау Қызамық +қызылша + паротит				
АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау				
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау				
Күтімді бағалау:				
*				

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,
12 және 24 айында мамандарының кеңесі.
Мейіргер

1 жыл 9 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20 ___/___	Жасы: ___.	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____	Басының шенбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Б а л а н ы			қ а р а у
Т е р і с і :			
Шеткі	лимфатүйіндердің	жағдайы _____	Диагноз
Ауыз	қуысының	шырышты қабаты _____	
Аңқасы _____	Конъюнктивалар _____		
Үлкен	енбегі _____		
Тыныс	ағзалары: _____		
Тыныс	жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (жжж) _____	Жүрек ритмі _____;		
Жүрек	шулары _____;		
Ас қорыту ағзалары: іші _____	бауыры; _____	көкбауыры _____	
Несеп шығаруы _____;	Нәжісі _____		
Дамыту мақсатында	күтімді	бағалау	Дамыту үшін күтім проблемалары
Сіз балаңызбен қалай	қалай	ойнайсыз?	
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Д	о	=	
Д	р	=	
Р	а	=	
Р	п	=	
Н		=	
Ә		=	
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?			

<p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет?</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>																
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма ?</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, _____мл _____рет күніне</p>																
<p>21. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>22. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>23. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>24. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>* Бұрыш тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық</p>																
<p>Е Г У жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <table border="0"> <tr> <td>V 1- 0 типті гепатит</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС</td> <td>1+hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>V 2 типті гепатит</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС</td> <td>2+hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>V 3 типті гепатит</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td>3+hib</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>О П В - 3</p> <p>Қызылша + кызылша + паротит</p> <p>АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау</p>	V 1- 0 типті гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	V 2 типті гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2	V 3 типті гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3	<p>Келесі егуге келу ___</p> <p>___</p> <p>Келу күні _____</p>
V 1- 0 типті гепатит	БЦЖ	АКДС	1+hib	1												
V 2 типті гепатит	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2												
V 3 типті гепатит	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3												
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Іше алмайды, тамақ жемейді. 2. летаргиялы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>															
<p>Балаға қатаң қарау белгілері:</p> <p>Жәбірлеу, елемей, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>															
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Қозғалған затқа қарамайды</p> <p>* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза</p>																

* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	бағалау
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Баланы дұрыс тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режімі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу, қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,
12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

2 жасар нәрестенің үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20__ / __ Жасы: __. Дене қызуы __	
Анасының шағымдары:	
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамытуға арналған күтім мәселесі
Психомоторлық Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	даму: Артта қалмаған ----- эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандырғанға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне	
17. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 18. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 19. Жеңіл тамақ құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____ 20. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл. 9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____ 10. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары көкөністер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____	
11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ 12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке пиала және қасық	
Е Г У жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1+hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау Қызамық +қызылша + паротит АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау	Келесі егуге келу _____ Келу күні _____
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережелерін орындау	

* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды	Күтім проблемалары
* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Б а л а ғ а қ а т а ң к а р а у б е л г і л е р і : Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.	Иә ___ Жоқ ___
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді * Қозғалған затқа қарамайды * Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза * Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
А н а с ы н ы ң д е н с а у л ы ғ ы н б а ғ а л а у 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

2 жасар нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні 20 ___/___/___ Жасы: ___.	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр. Бойы _____ см. ДСИ _____	Басының шеңбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымдары:	
Б а л а н ы к а р а у Т е р і с і : Перифериялық лимфатүйіндердің жағдайы _____ Ауыз қуысының шырышты қабаты _____ Аңқасы _____ Конъюктивалар _____ Үлкен енбегі _____ Тыныс ағзалары: _____ Тыныс жиілігі _____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____; Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ көкбауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____	Диагноз
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлы даму бағасы: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә=	Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған

Тамақтануды бағалау							
Балаңызды тамақтандыруда Сізді мазалайтын жайттар							

Е м і з у							
1. Емізуді жалғастырасыз ба? Иә___ Жоқ___							
*							
Күніне негізгі тағамды неше рет қабылдайды?							
*							
Күніне неше рет жеңіл тамақтанады?							
*							
Жеңіл тамақ құндылығы: Нәрлі_____ Нәрсіз_____							
*							
Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____мл.							
*							
Тағамның қоюлығы қандай? Қою_____ Сұйық_____							
*							
Өткен аптада бала жеді:							
*							
ет/балық/жартылай дайын азықтар							
Иә___Жоқ___ қанша күн _____							
*							
Бұршақ Иә___Жоқ___ қанша күн _____							
*							
Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә___Жоқ___ қанша күн _____							
*							
Сіз балаға шай бересіз бе? Иә___Жоқ___							
*							
Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: _____ бөтелке _____ қасық пен пиала _____							
Е Г У статусын тексеріңіз:							
Бүгін жасалуы	тиіс	егудің	астын	сызу	керек		
гепатит В	1-	0	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	
гепатит В	2	ОПВ-1	АКДС	2+hib	2		Келесі егуге келу_
гепатит В	3	ОПВ-2	АКДС	3+hib	3		_____
О П В - 3							
Қызамық	+ қызылша		+		паратит		
АКДС қайта	вакцинациялау		НІВ		ревакцинация		
БЦЖ тыртығының даму динамикасын бағалау _____мм							
К ү т і м д і бағалау:							
Анасы қауіп белгілерін біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнездегі құрысуды. 4. әрбір тамақ, сұйық ішкен сайын құсатынын және күту ережесін.							
*							
Баланы күту, даму, тамақтану бойынша ұсыныстарды орындайды.							
*							
Ауру баланы күту ережесін біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекке қашан жүгіну керегін біледі							
Балаға қатаң қарау белгілері:							
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу. Иә___Жоқ___							
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер							
*							
қарым-қатынасқа түспейді							

* Жүру кезіндегі тепе теңдікті ұстау қиындығы	
* Баланың тәртібінің түсініксіз өзгеруі, физикалық жәбірлеудің іздерінің табылуы	
* Тәбетінің болмауы	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

Дәрігер

2 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы (мамандар қарауы, талдау нәтижелері, педиатр қорытындысы)

Қаралу күні 20__ / __ / __ Жасы: __. Дене қызуы __	
Анасының шағымдары:	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә __ Жоқ __
Дамыту мақсатында Сіз балаңызбен калай күтімді бағалау ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамытуға арналған күту мәселесі
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған ----- эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтану бағасы	
Балаңызды тамақтандырғанға қатысты Сізді не мазалайды? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә __ Жоқ __ * Күніне негізгі тағам қанша? * Жеңіл тамақтану? * Жеңіл тамақтану құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____ * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____ мл.	

<p>* Тағамның қоюлығы қандай? Қою ____ Сұйық ____</p> <p>* Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* ет/балық/жартылай _____ дайын _____ азықтар</p> <p>Иә ____ Жоқ ____ қанша күн ____</p> <p>* Бұршақ Иә ____ Жоқ ____ қанша күн</p> <p>* Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә ____ Жоқ ____ қанша күн</p> <p>* Сіз балаға шай бересіз бе? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Сіз тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: ____ құмыра ____ қасық пен пиала ____</p>							
<p>Е Г У статусын</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>гепатит В 1 - 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>гепатит В 2 типті ОПВ-1 АКДС 2+hib 2</p> <p>гепатит В 3 типті ОПВ-2 АКДС 3+hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>Қызылша + кызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқындылығын бағалау ____ мм</p>				<p>тексеріңіз:</p> <p>Келесі еуге</p> <p>Келу _____</p> <p>Келу күні ____</p> <p>—</p>			
<p>Күтуді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережелерін орындау</p> <p>* Баланы күту, даму, тамақтандыру бойынша берілген ұсыныстарға сәйкес барлық ұсыныстарды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережесін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>							
<p>Балаға қатаң қарау белгілері:</p> <p>Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>						<p>Иә ____ Жоқ ____</p>	
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Қатынасқа түспейді</p> <p>* Жүрген кезде тепе-теңдікті ұстау қиындығы</p> <p>* Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, жәбір көрсетудің іздері (егер бала басқа адамдардың қарауында болған болса)</p> <p>* Тәбетінің болмауы</p>							
<p>Анасының денсаулығын бағалау</p> <p>1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>							
<p>Қорытынды:</p>							

Ұсыныстар:

Мейіргер:

2 жыл 6 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні 20___/___/___	Жасы:___.	Дене қызуы___
Салмағы___гр.	Бойы___см.	ДСИ___Басының шеңбері___см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Б а л а н ы к а р а у Т е р і с і : Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы___ Сілемейлі ауыз қуысы___ Аңқасы___ Коньюктивалар___		
----- Үлкен еңбегі___ Тыныс ағзалары:___ Тыныс жиілігі___ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ)___ Жүрек ритмі___; Жүрек шулары___ -----; Ас қорыту ағзалары: іші___ бауыры;___ көк бауыры___ Несеп шығаруы___; Нәжісі___	Диагноз	
Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары	
Психомоторлы даму бағасы: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә=	А р т т а к а л м а ғ а н _____эпикризді мерзімге артта қалған	
Тамақтануды бағалау		
Баланы тамақтандыруға қатысты Сізді не мазалайды? _____		
Е м і з у 1. Емізуді жалғастырасыз ба? Иә___ Жоқ___ * Күніне негізгі тағамды неше рет қабылдайды?___ _____ * Күніне неше рет жеңіл тамақтанады?___ * Жеңіл тамақ құндылығы: Нәрлі___ Нәрсіз___ * Бір жегенде қанша тамақ жейді?___мл. * Тағамның қоюлығы қандай? Қою___ Сұйық___		

<p>* Өткен аптада бала жеді: * ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ қанша күн ___ * Бұршақ Иә ___ Жоқ ___ қанша күн * Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә ___ Жоқ ___ қанша күн * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: ___ бөтелке ___ ___ пиала мен қасық ___</p>	
<p>ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін жасалуы тиіс егудің астын сызу керек гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызамық +қызылша + паротит АКДС қайта вакцинациялау НІВ ревакцинация БЦЖ тыртығының даму динамикасын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіп белгілерін біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнездегі құрысуды. 4. әрбір тамақ, сұйық ішкен сайын құсатынын және күту ережесін. * Баланы күту, даму, тамақтану бойынша ұсыныстарды орындайды. * Ауру баланы күту ережесін біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгіну керегін біледі</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу.</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * қарым-қатынасқа түспейді * Жүрген кезде тепе теңдікті ұстау қиындығы * Баланың тәртібінің түсініксіз өзгерістер, жәбір көрсетудің іздері (егер бала басқа адамдардың қарауында болған болса) * Тәбетінің болмауы</p>	<p>Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)</p>

Анасының денсаулығын бағалау 2. отбасын жоспарлау бойынша консультация	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

баланы дұрыс тамақтандыру (бес реттік отбасы дастарханынан дұрыс тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*

анасының дұрыс тамақтануы.

*

жасына сай психикалық-элеуметтік дамуы.

*

жасына сай массаж және гимнастика.

*

күнделікті серуендеу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

бала ауырған кездегі күту мен мінез-құлық ережесі (қауіпті белгілер, дәрігерге қашан жүгіну керектігі, тамақтандыру мен ішкізу тәртібі).

*

жазатайым оқиға мен жарақаттанудың алдын алу үшін ата-аналардың мінезі-құлығы және қауіпсіз орта.

*

баланы дамыту мақсатында әкесін нәрестені күтуге белсенді қатыстыру.

*

дәрігердің қабылдауында 24 айдан 36 айға дейін және зертханалық зерттеулер, мамандарға

24 айдан 36 айға дейін жарты жылда 1 рет қаралып отыру.

Дәрігер

3 жасар баланың үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20__ / ____. Жасы: ____. Дене қызуы _____	
Анасының шағымдары:	
<p>Қауіп белгілерді бағалаңыз: Бала сусын іше ала ма немесе еме ала ма? Әрбір тамақ ішкеннен кейін құсады ма? Иә ___ Жоқ ___ Құрысулар болды ма? Ұйқылы немесе ессіз бе?</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтім бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Дамытуға арналған күту мәселесі Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған</p>
Тамақтану бағасы	
<p>Балаңызды тамақтандырғанға қатысты Сізді не мазалайды? _____</p>	
<p>Емшекпен тамақтандыру 1. Емшекпен тамақтандыруды жалғастыра ма? Иә ___ Жоқ ___ * Күніне негізгі тағам қанша? * Күніне неше рет жеңіл тамақтанады? * Жеңіл тамақтанудың құндылығы: Құнды _____ Құнсыз _____ * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____ мл. * Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____ * Өткен аптада бала жеді: * ет/балық/субтамақтар Иә ___ Жоқ ___ қанша күн _____ * Бұршақты Иә ___ Жоқ ___ қанша күн * Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә ___ Жоқ ___ _____ қанша күн * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Сіз тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: _____ құмыра _____ _____ қасық пен пиала _____</p>	
<p>ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p>	

гепатит В 2 типті ОПВ-1 АҚДС 2+hib 2 гепатит В 3 типті ОПВ-2 АҚДС 3+hib 3 О П В - 3 Қызамық +қызылша + паротит АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртық динамикасының дамуын бағалау_____мм	Келесі егуге келу_____
Күтуді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережелерін орындау * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібін, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін біледі.	Күту проблемалары
Б а л а ғ а қ а т а ң б о л у : Жәбірлеу, физикалық және эмоциялық қарамаусыздық	Иә ___Жоқ___
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Қатынасқа түспейді * Жүрген кезде тепе-теңдікті ұстау қиындығы * Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, жәбір көрсетудің іздері (егер бала басқа адамдардың қарауында болған болса) * Тәбетінің болмауы	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*
баланы дұрыс тамақтандыру (бес реттік отбасы дастарханынан дұрыс тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*

жасына сай психикалық-әлеуметтік дамуы.

*

жасына сай массаж және гимнастика жасау.

*

күнделікті серуендеу, жеткілікті күн сәулесін.

*

бала ауырған кездегі күту мен мінез-құлық ережесі (қауіпті белгілер, дәрігерге қашан жүгіну

керек екенін, тамақтандыру мен ішкізу тәртібін).

*

жазатайым оқиға мен жарақаттанудың алдын алу үшін ата-аналардың мінезі-құлығы және

қауіпсіз орта.

*

баланы дамыту мақсатында әкесін белсенді тарту.

*

дәрігердің қабылдауында 24 айдан 36 айға дейін және зертханалық зерттеулер, мамандардың

ақыл-кеңесіне 24 айдан 36 айға дейін жарты жылда 1 рет қаралып отыру.

Мейіргер:

3 жасар баланың дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20 ___/___	Жасы: ___.	Дене қызуы	_____
Салмағы	_____ гр.	Бойы	_____ см.	ДСИ _____ Басының шеңбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, денесінің дамуын бағалаңыз:				
Анасының шағымдары:				
Б а л а н ы к а р а у				
Т е р і с і :				
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы _____				
Сілемейлі ауыз қуысы _____				
Аңқасы _____ Конъюктивалар _____				

Үлкен еңбегі _____				
Тыныс алу мүшелері: _____				
Тыныс алу жиілігі _____				
ЖТЖ мүшелері: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____				
Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____				

Диагноз

<p>----- ; Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры; _____ к ө к б а у ы р ы _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	
<p>Дамыту мақсатында күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Дамыту үшін күтім проблемалары</p>
<p>Психомоторлы даму бағасы: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	<p>А р т т а _____ к а л м а ғ а н _____эпикризді мерзімге артта қалған</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Баланы тамақтандыруда Сізді не мазалайтын жайттар ? _____ Е м і з у 1. Емізуді жалғастырасыз ба? Иә ___ Жоқ ___ * Күніне негізгі тағам қанша? _____ * Күніне неше рет жеңіл тамақтанады? _____ * Жеңіл тамақ құндылығы: Құнарлы _____ Құнарсыз _____ * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____мл. * Тағамның қоюлығы? Қою _____ Қою емес _____ * Өткен аптада бала жеді: * ет/балық/субтамақтар Иә ___ Жоқ ___ қанша күн _____ * Бұршақты Иә ___ Жоқ ___ қанша күн _____ * Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә _____ Жоқ _____ қанша күн _____ * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Сіз тамақтандыру кезінде не пайдаланасыз: _____ бөтелке _____ шыны аяқ пен қасық _____</p>	
<p>ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін жасалуы тиіс егудің астын сызу керек гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+hib 2 гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+hib 3</p>	

<p>О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау_____мм</p>	<p>Келесі егуге келу_____</p> <p>Келу күні_____</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3.анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық * көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күту проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоциялық қарамаусыздық</p>	<p>Иә__Жоқ__</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Ойнағысы келмейді * Жиі құлайды * Ұсақ заттармен ойнау қиындығы * Жай заттарды түсіну қиындығы * Жай сөздерді құрастыруға қабілетсіз * Тамаққа тәбеті жоқ немесе құлықсыз</p>	<p>Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)</p>
<p>Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлау бойынша кеңес алу</p>	
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*

баланы дұрыс тамақтандыру (бес реттік отбасы дастарханынан дұрыс тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

жасына сай психикалық-әлеуметтік дамуы.

*

жасына сай массаж және гимнастика жасау.

*

күнделікті серуендеу, жеткілікті күн сәулесін қабылдау.

*

бала ауырған кездегі күту мен мінез-құлық ережесі (қауіпті белгілер, дәрігерге қашан жүгіну керек екенін, тамақтандыру мен ішкізу тәртібін).

*

жазатайым оқиға мен жарақаттанудың алдын алу үшін ата-аналардың мінезі-құлығы және қауіпсіз орта.

*

баланы дамыту мақсатында әкесін белсенді тарту.

*

дәрігердің қабылдауында 24 айдан 36 айға дейін және зертханалық зерттеулер, мамандардың ақыл-кеңесіне 24 айдан 36 айға дейін жарты жылда 1 рет қаралып отыру.

3 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы (арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы)

4 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

5 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

6 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

7 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

8 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

9 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

10 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

11 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

12 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

13 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

14 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп+қарау парағы арнайы мамандардың қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

Жасөспірімдер кабинетіне ауыстыру эпикризі

Нәрестенің ауруы туралы жазу

2 айға дейінгі жастағы науқас нәрестенің жазу нысаны

Аты _____ Жасы _____ Салмағы (кг) _____ Дене қызуы _____

Баланың қандай мәселесі бар екенін СҰРАҢЫЗ: _____ Бірінші келуі ме? _____ Қайтадан келуі ме?

Бағалаңыз табылған белгілерін көрсетіңіз: Топтаңыз

Іздеңіз: Өте ауыр ауру немесе жергілікті бактериалды жұқпа	
	Қараңыз, Тындаңыз, Сезініңіз Тыныс алысын минутына санаңыз _____ Егер баланың тыныс алысы жиі болса, санауды қайталаңыз _____
	* Кеуде қуысының ішке енуінің айкындығын іздеңіз
Сұраңыз	* Аксиллярлық температураны өлшеңіз немесе ыстық немесе суық екенін
* Емізу кезінде	байқау үшін сипап көріңіз
қиындықтар	* Сәбидің қимылдауын қараңыз
байқала ма	* Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма?
* Нәрестеде құрысу бар ма	* *

	<p>Ол стимуляция кезінде де қимылсыз қала ма? * Кіндігін қараңыз. Қызарған, іріңдеген бе? * Терідегі іріңді іздеңіз</p>	
Болуы мүмкін сары ауруды іздеңіз: Иә ___ Жоқ ___		
Сары ауру бар ма, қашан пайда болды	Қ а р а ң ы з да с е з і н і ң і з : Сары ауруды іздеңіз (тері мен қабықтың сарғыш түсін) Алақаны мен табанында сарғыштық бар ма?	
Сұраңыз сәбиде диарея бар ма?	Иә ___ Жоқ ___	
Егер Иә болса,	Қараңыз да сезініңіз:	
<p>Сұраңыз: * Қашаннан? __күн * Нәжісінде қан бар ма?</p>	<p>* Баланың жалпы жағдайын қараңыз: Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма? Стимуляция кезінде қимылсыз қала ма? Мазасыз немесе ауырғаннан мазасыз ба? Көздің шүңіреюі? * Тері қыртысының әсерін тексеріңіз. Т ы р т ы қ т ы ң ж а й ы л у ы . Ө те ж а й (2 с е к у н д т а н к ө п) ? Ақырын (2 секундқа дейін)?</p>	
Егер сәбиді стационарға дереу жатқызу көрсеткіштері болмаса		
Тексеріңіз: Салмағы аз немесе емізуде мәселе бар:		
<p>Сұраңыз: * Бала емшек емеді? Иә) ___ Жоқ ___ * Егер Иә, 24 сағатта қанша рет? * Сәби басқа сұйықпен тағам ішеді ме? * Иә _____ * Жоқ _____ * Егер Иә, жиілігі? _ * Сіз сәбиді тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз?</p>	<p>* Ж а с ы н а с а й с а л м а ғ ы н а н ы қ т а ң ы з : Төмен ___ Төмен емес ___ * Аузынан жара немесе ақ дақтар іздеңіз (аузы уылу) ___</p>	
Егер баланы соңғы сағаттарда емізбесе, анасынан емізуін сұраңыз. Емізуді 4 минуттай байқаңыз (егер анасы соңғы сағаттарда емізген болса, анасынан күте тұруын және сәби қашан емгісі келетінін сұраңыз).		

Емізуді бағалаңыз: Сәби соңғы сағаттарда емді ме? ?	Сәби емшекті алуға қабілетті ме? Дұрыс ауыздандыру белгілерін іздеңіз: 1. Иегі емшекке тие ме? Иә ___ Жоқ ___ 2. Сәбидің аузы кең ашылған Иә ___ Жоқ ___ 3. Төменгі ерні сыртқа қарай қайырылған Иә ___ Жоқ ___ 4. Емшек ойығы ауыз астынан емес, үстінен көрінеді Иә ___ Жоқ ___ Нашар салынды Дұрыс салынды * Сәбидің емшек сорысы тиімді ме (яғни, ақырын терең тоқтап-тоқтап сора ма)? Т и і м с і з с о р а д ы Т и і м д і с о р а д ы Егер сәбидің емуінде кедергі болса, бітіп қалған мұрынын тазалаңыз.	
Сәбидің егу статусын тексеріңіз: Бүгін жасау керек егудің астын сызыңыз: В 1- 0 типті гепатит _____ БЦЖ _____ В2 типті гепатит ___ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ ОПВ 1 ___ Басқа проблемаларын бағалаңыз:		Келесі егуге келу ___ - - Келу күні ___

Емдеу:

Тамақтану жөніндегі ұсыныстар:

Келесі келуге _____

Қашан тез арада келу керек екенін түсіндіріңіз _____

ХАК бойынша диагноз _____

БАЫЖ бойынша шешімдер:
 тез арада жатқызу,
 жолдама алдындағы емделу

2. Тағайындалған дәрілермен үйде емдеу (атауы, мөлшері, қысқалығы, ұзықтығы)

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

3. Үйде тағайындалмаған дәрілермен емдеу, күту
 АУРУ СЕБЕБІ БОЙЫНША
 БЫЛАЙҒЫ БАҚЫЛАУ

2 айға дейінгі жастағы науқас нәрестенің жазу нысаны

Аты _____ Жасы _____ Салмағы (кг) _____ Дене қызуы _____

Баланың қандай мәселесі бар екенін Сұраңыз: _____ Бірінші келуі ме? _____ Қайтадан келуі ме?

Бағалаңыз табылған белгілерін көрсетіңіз: Топтаңыз

Іздеңіз: Өте ауыр ауру немесе жергілікті бактериальды инфекция		
Сұраңыз * Емізу кезінде қиындықтар байқала ма * Нәрестеде құрысу бар ма	Қараңыз, Тыңдаңыз, Сезініңіз Тыныс алысын минутына санаңыз _____ Егер баланың тыныс алысы жиі болса, санауды қайталаңыз _____ * Кеуде қуысының ішке енуінің айқындығын іздеңіз * Аксиларлық температураны өлшеңіз немесе ыстық немесе суық екенін байқау үшін сипап көріңіз * Сәбидің қимылдауын қараңыз * Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма? * Ол стимуляция кезінде де қимылсыз қала ма? * Кіндігін қараңыз. Қызарған, іріңдеген бе? * Терідегі іріңді іздеңіз	
Болуы мүмкін сары ауруды іздеңіз: Иә ___ Жоқ ___		
Сары ауру бар ма, қашан пайда болды	Қ а р а ң ы з да сезініңіз: Сары ауруды іздеңіз (тері мен қабықтың сарғыш түсін) Алақаны мен табанында сарғыштық бар ма?	
Сұраңыз сәбиде диарея бар ма?	Иә ___ Жоқ ___	
Егер Иә болса,	Қараңыз да Сезініңіз:	
Сұраңыз: * Қашаннан? __күн * Нәжісінде қан бар ма?	* Баланың жалпы жағдайын қараңыз: Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма? Стимуляция кезінде қимылсыз қала ма? Мазасыз немесе ауырғаннан мазасыз ба? Көздің шүңіреюі? * Тері қыртысының әсерін тексеріңіз. Т ы р т ы қ т ы ң ж а й ы л у ы . Ө те ж а й (2 с е к у н д т а н к ө п) ? Ақырын (2 секундқа дейін)?	
Егер сәбиді стационарға дереу жатқызу көрсеткіштері болмаса		
Тексеріңіз: Салмағы аз немесе емізуде мәселе бар:		
Сұраңыз: * Бала емшек емеді? Иә ___ Жоқ ___ *		

Егер Иә, 24 сағатта қанша рет? *		
Сәби басқа сұйықпен тағам ішеді ме? *	Жасына _____ сай _____ салмағын _____ анықтаңыз: Төмен _____ Төмен емес _____ *	
Иә _____ Жоқ _____ *	Аузынан жара немесе ақ дақтар ізденіз (аузы уылу) _____	
Егер Иә, жиілігі? _____ *		
Сіз сәбиді тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз?		
Емізуді бағалаңыз: Сәби соңғы сағаттарда емді ме? ?	Егер баланы соңғы сағаттарда емізбесе, анасынан емізуін сұраңыз. Емізуді 4 минуттай байқаңыз (егер анасы соңғы сағаттарда емізген болса, анасынан күте тұруын және сәби қашан емгісі келетінін сұраңыз). Сәби емшекті алуға қабілетті ме? Дұрыс ауыздандыру белгілерін ізденіз: 5. Иегі емшекке тие ме? Иә ___ Жоқ ___ 6. Сәбидің аузы кең ашылған Иә ___ Жоқ ___ 7. Төменгі ерні сыртқа қарай қайырылған Иә ___ Жоқ ___ 8. Емшек ойығы ауыз астынан емес, үстінен көрінеді Иә ___ Жоқ ___ Нашар салынды Дұрыс салынды *	
Сәбидің егу статусын тексеріңіз: Бүгін жасау керек егудің астын сызыңыз: В 1- 0 типті гепатит _____ БЦЖ _____ В2 типті гепатит _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ ОПВ 1 _____ Басқа проблемаларын бағалаңыз:	Сәбидің емшек сорысы тиімді ме (яғни, ақырын терең тоқтап-тоқтап сора ма? Т и і м с і з с о р а д ы Т и і м д і с о р а д ы Егер сәбидің емуінде кедергі болса, бітіп қалған мұрынын тазалаңыз.	Келесі егуге келу _____ Келу күні _____

Емдеу:

Тамақтану жөніндегі ұсыныстар:

Келесі келуге _____

Қашан тез арада келу керек екенін түсіндіріңіз _____

ХАК бойынша диагноз _____

БАБЖ бойынша шешімдер:

тез арада жатқызу,
жолдама алдындағы емделу

3. Тағайындалған дәрілермен
үйде емдеу

(атауы, мөлшері, қысқалығы,
ұзықтығы)

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

3. Үйде тағайындалмаған

дәрілермен емдеу, күту

Ауру себебі бойынша былайғы

бақылау

2 айға дейінгі жастағы науқас нәрестенің жазу нысаны

Аты _____ Жасы _____ Салмағы (кг) _____ Дене қызуы _____

Баланың қандай мәселесі бар екенін Сұраңыз: _____ Бірінші келуі
ме? _____ Қайтадан келуі ме?

Бағалаңыз табылған белгілерін көрсетіңіз: Топтаңыз

Ізденіз: Өте ауыр ауру немесе жергілікті бактериальды инфекция	
	Қараңыз, Тыңдаңыз, Сезініңіз Дем алысын минутына санаңыз _____ Егер баланың дем алысы жиі болса, санауды қайталаңыз _____ * Кеуде қуысының ішке енуінің айқындығын ізденіз * Аксилярлық температураны өлшеңіз немесе ыстық немесе суық екенін байқау үшін сипап көріңіз * Сәбидің қимылдауын қараңыз * Нәрестеде құрысу Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма? бар ма * Ол стимуляция кезінде де қимылсыз қала ма? * Кіндігін қараңыз. Қызарған, іріңдеген бе? * Терідегі іріңді ізденіз
Болуы мүмкін сары ауруды ізденіз: Иә ___ Жоқ ___	
Сары ауру бар ма, кашан пайда болды	Қараңыз да Сезініңіз: Сары ауруды ізденіз (тері мен қабықтың сарғыш түсін) Алақаны мен табанында сарғыштық бар ма?
Сұраңыз сәбиде диарея бар ма?	Иә ___ Жоқ ___
Егер Иә болса,	Қараңыз да Сезініңіз:

Сұраңыз: *	* Баланың жалпы жағдайын қараңыз: Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма?
Қашаннан ?_күн	Стимуляция кезінде қимылсыз қала ма? Мазасыз немесе ауырғаннан мазасыз ба?
Нәжісінде қан бар ма?	* Көздің шүңіреюі? * Тері қыртысының әсерін тексеріңіз. Тырттың жайылуы. Өте жай (2 секундтан көп)? Ақырын (2 секундқа дейін)?
Егер сәбиді стационарға дереу жатқызу көрсеткіштері болмаса	
Тексеріңіз: Салмағы аз немесе емізуде мәселе бар:	
Сұраңыз: * Бала емшек емеді? Иә__Жоқ__ * Егер Иә, 24 сағатта қанша рет? * Сәби басқа сұйық пен тағам ішеді ме? * Иә_____Жоқ_____ * Егер Иә, жиілігі?_____ * Сіз сәбиді тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз?	* Жасына сай салмағын анықтаңыз: Төмен__Төмен емес__ * Аузынан жара немесе ақ дақтар іздеңіз (аузы уылу)_____ * Егер баланы соңғы сағаттарда емізбесе, анасынан емізуін сұраңыз. Емізуді 4 минуттай байқаңыз (егер анасы соңғы сағаттарда емізген болса, анасынан күте тұруын және сәби қашан емгісі келетінін сұраңыз). Сәби соңғы сағаттарда емді ме? Сәби емшекті алуға қабілетті ме? Дұрыс ауыздандыру белгілерін іздеңіз: 9. Иегі емшекке тие ме? Иә__Жоқ__ 10. Сәбидің аузы кең ашылған Иә__Жоқ__ 11. Төменгі ерні сыртқа қарай қайырылған Иә__Жоқ__

2 айға дейінгі жастағы науқас нәрестенің жазу нысаны

Аты _____ Жасы _____ Салмағы (кг) _____ Дене қызуы _____

Баланың қандай мәселесі бар екенін Сұраңыз: _____ Бірінші келуі ме? _____ Қайтадан келуі ме? _____

Бағалаңыз табылған белгілерін көрсетіңіз: Топтаңыз

Іздеңіз: Өте ауыр ауру немесе жергілікті бактериальды инфекция

	Қараңыз, Тыңдаңыз, Сезініңіз Дем алысын минутына санаңыз _____ Егер баланың дем алысы жиі болса, санауды қайталаңыз _____ * Сұраңыз * Емізу кезінде қиындықтар байқала ма * Нәрестеде құрысу бар ма
	Қеуде қуысының ішке енуінің айқындығын іздеңіз * Аксиллярлық температураны өлшеңіз немесе ыстық немесе суық екенін байқау үшін сипап көріңіз * Сәбидің қимылдауын қараңыз * Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма? * Ол стимуляция кезінде де қимылсыз қала ма? * Кіндігін қараңыз. Қызарған, іріңдеген бе? * Терідегі іріңді іздеңіз
Болуы мүмкін сары ауруды іздеңіз: Иә ___ Жоқ ___	
Сары ауру бар ма, қашан пайда болды	Қ а р а ң ы з да С е з і н і ң і з : Сары ауруды іздеңіз (тері мен қабықтың сарғыш түсін) Алақаны мен табанында сарғыштық бар ма?
Сұраңыз сәбиде диарея бар ма?	Иә ___ Жоқ ___
Егер Иә болса, Сұраңыз: * Қашаннан ?_күн * Нәжісінде қан бар ма?	Қараңыз да Сезініңіз: * Баланың жалпы жағдайын қараңыз: Ол стимуляция кезінде ғана қимылдай ма? Стимуляция кезінде қимылсыз қала ма? Мазасыз немесе ауырғаннан мазасыз ба? Көздің шүңіреюі? * Тері қыртысының әсерін тексеріңіз. Т ы р т ы қ т ы ң ж а й ы л у ы . Ө т е ж а й (2 с е к у н д т а н к ө п) ? Ақырын (2 секундқа дейін)?
Егер сәбиді стационарға дереу жатқызу көрсеткіштері болмаса	
Тексеріңіз: Салмағы аз немесе емізуде мәселе бар:	
Сұраңыз: * Бала емшек емеді? Иә) ___ Жоқ ___ * Егер Иә, 24 сағатта қанша рет? * Сәби басқа сұйық пен тағам ішеді ме? * Иә _____ Жоқ _____	* Ж а с ы н а с а й с а л м а ғы н а н ы қ т а ң ы з : Төмен ___ Төмен емес ___ *

<p>* Егер Иә, жиілігі? _____</p> <p>* Сіз сәбиді тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз?</p>	<p>Аузынан жара немесе ақ дақтар іздеңіз (аузы уылу) _____</p>
<p>Емізуді бағалаңыз: Сәби соңғы сағаттарда емді ме?</p>	<p>Егер баланы соңғы сағаттарда емізбесе, анасынан емізуін сұраңыз. Емізуді 4 минуттай байқаңыз (егер анасы соңғы сағаттарда емізген болса, анасынан күте тұруын және сәби қашан емгісі келетінін сұраңыз). Сәби емшекті алуға қабілетті ме? Дұрыс ауыздандыру белгілерін іздеңіз: 9. Иегі емшекке тие ме? Иә ___ Жоқ ___ 10. Сәбидің аузы кең ашылған Иә ___ Жоқ ___ 11. Төменгі ерні сыртқа қарай қайырылған Иә ___ Жоқ ___ 12. Емшек ойығы ауыз астынан емес, үстінен көрінеді Иә ___ Жоқ ___ Нашар салынды Дұрыс салынды</p> <p>* Сәбидің емшек сорысы тиімді ме (яғни, ақырын терең тоқтап-тоқтап сора ма?) Т и і м с і з с о р а д ы Т и і м д і с о р а д ы</p> <p>Егер сәбидің емуінде кедергі болса, бітіп қалған мұрынын тазалаңыз.</p>

Емдеу:

Тамақтану жөніндегі ұсыныстар:

Келесі келуге _____

Қашан тез арада келу керек екенін түсіндіріңіз _____

ХАК бойынша диагноз _____

Баыж бойынша шешімдер:
тез арада жатқызу,
жолдама алдындағы емделу

4. Тағайындалған дәрілермен
үйде емдеу
(атауы, мөлшері, қысқалығы,
ұзықтығы)

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

3. Үйде тағайындалмаған
дәрілермен емдеу, күту
Ауру себебі бойынша былайғы
бақылау

2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазу нысаны

Қаралу күні 20__/__/__ Жасы__ Салмағы__ Дене қызуы	Жалпы қауіпті белгілерін тексеріңіз:
Келуі: бірінші__ қайтадан__ Шағымы:	
<u>Жалпы</u> <u>қауіпті</u> <u>белгілерін</u> <u>тексеріңіз</u> : 1. Бала еме ала ма, сусын іше ала ма? 2. Тамақ, сұйықтық ішкеннен кейін құсады ма? 3. Құрысу болды ма? 4. Ұйқылы ма әлде ессіз бе?	Иә____ Жоқ____
* Баланың дем алуы қиын ба және жөтеле ме? Иә__ Жоқ____ Ұзақтығы?__ Минутына дем алу саны__ Дем алу жиілігі Кеуде қуысы бөлімдерінің ішке енуі Стридор Астмоидті дем алу; егер астмоидты дем алу болса, бұл қайталама ма, 3 цикл сальбутамол беріңіз де, әрбір циклдан кейін бақылаңыз	
* Балада диарея бар ма? Иә__ Жоқ____ Ұзақтығы__ Нәжісте қан бар ма__ Жалпы жағдайы: летаргиялы (ұйқылы) ессіз, мазасыз, ауырғандықтың мазасыздығы Көзі шүңірейген шөлдеп ішеді (ыстықтап) Іше алмайды, нашар ішеді Тері қыртысы жай жайылады: ете жай (>2 сек), жай (<2 сек).	
■ Баланың денесінің қызуы бар ма?_ (анамнезде/сипаған кезде ыстық/37,5, одан жоғары И ә __ __ Ж о қ __ __ __ Ұзақтығы?__ Егер 5 күннен асса Күнде__ соңғы 3 айда қызылшамен ауырды ма__ Ш ү й д е л і к б ұ л ш ы қ е т т і ң с і р е с у і Қызылша белгілері жайылған бөртпе+жөтел, мұрынның бітелуі, көздің қызаруы (Егер соңғы 3 айда қызылшамен ауырған болса, қызылша болса: ауыз қуысында жара бар ма, олар терең немесе кеңейген бе). Көзінен ірің аға ма?	
* Баланың құлағы ауыра ма? Иә__ Жоқ____ Құлағынан ірің аға ма? Оның ұзақтығы 14 күннен асты Құлағының арты ісіп ауыра ма?	
* Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын қараңыз. Өзгерістер бар ма Иә__ Жоқ____ Т а м а ғ ы н д а а қ ш ы л ө ң е з б а р м а ? Жақ асты лимфатүйіндері үлкейген бе?	
* <u>Барлық баланың тәбеті бұзылған ба және анемиясы бар ма тексеріңіз</u> Кесте бойынша салмағы: төмен__ төмен емес. Аурудан азған белгілері бар ма Алақаны бозарыңқы ма: анық немесе қалыпты Екі табаны да іскен бе__	
Тамақтануын бағалаңыз. Егер <u>стационарға жіберілмесе</u> : Емізесіз бе? Иә__ Жоқ__ Егер емізсе, тәулігіне неше рет__ Түнде емізесіз бе? Иә__ Ж о қ Басқа да тамақ немесе сұйықтық іше ме? Иә__ Жоқ__ Егер қабылдаса, қандай тамақ және с ұ й ы қ т ы қ к а б ы л д а й д ы ?	

<p>Күніне неше рет _____ Тамақтандырған кезде нені қолданады _____</p> <p>Бір порция көлемі _____ Белсенді тамақтандыру Иә _____ Жоқ _____ Ауырған кезде тамақтандыру өзгерді ме? Иә _____ Жоқ _____ Егер өзгерсе, қалай? _____</p> <p><u>Басқа проблемаларды тексеріңіз:</u> Тері сырты: сарғыштық; Бөртпе: геморрагиялық, везикулезді, папулезді, басқа _____ Орналасуы _____ қыштын, қышымайтын; Ауыз қуысының шырышты қабығы: энантема, афталар, уылу, басқалар _____ Қайда _____ Көздің сілемейлі қабығы: қызарған, ірің бөлінген. Көздің ағы: сарғыш, қанталаған. Мұрынмен дем алуы: (қиындаған, аққан) _____ Аускультативті: бронхиалды, әлсіреген, жасалмаған Сырылдар: құрғақ, ылғалды, басқа: _____ Жүрек үні: бәсеңдетілген, шу _____ жжж _____</p> <p>М о й ы н _____ т а м ы р ы н ы ң _____ с о ғ у ы _____</p> <p>Іші: бір түзіліс, ауырады, шұрылдау, сигманың ауруы, іш перделік симптомдар) басқалар _____</p> <p>Бауыр өлшемі: _____ Көк бауыры: өлшемі _____ см. Неврологиялық статус: еңбегі үлкен болып томпаюы, соғады, өлшемі _____ см. Бассүйек пен ми жүйкелерінің өзгеруі _____ Парездер, параличтер _____ Перифериялық лимфатүйіндер үлкейген (қандай топтар, өлшемдері) _____</p> <p>Дизурия: _____</p> <p>Басқалар _____</p>	Тамақтану мәселесі
--	--------------------

Емдеу:

Тамақтану жөніндегі ұсыныстар:

Келесі келуге _____

Қашан тез арада келу керек екенін түсіндіріңіз _____

ХАК бойынша диагноз _____

Баыж бойынша шешімдер:
тез арада жатқызу,
жолдама алдындағы емделу

5. Тағайындалған дәрілермен
үйде емдеу
(атауы, мөлшері, қысқалығы,
ұзықтығы)

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

3. Үйде тағайындалмаған
дәрілермен емдеу, күту

Есту қаблетінің бұзылуы бар баланың төлқұжаты

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Туған күні, айы, жылы _____ Тексерілу кезіндегі жасы _____

ЖСК|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Тұрғылықты жері : _____ облысы

_____ ауданы, _____
қаласы(село)

_____ көшесі, № _____ үй, _____ корп. _____
пәтер.

үй телефоны _____ ұялы телефоны _____

Диагноз: _____

Анамнез

Перитонеалдық анамнез

Жүктілік _____ Өту ерекшеліктері _____

Босануы _____ нешінші _____ апта. Босану кезіндегі ерекшеліктер _____

Кереңдік бойынша қауіп факторының болуы: гестоз/ токсикоз/ жүктілікті ұзу
қауіп /ана мен

іштегі нәрестенің

резус-қарама-қайшылығы/ ананың жүктілік кезінде вирустық және
инфекциялық аурулармен

ауруы/ _____ / ананың жүктілік кезінде қолданған ототоксикалық
препараттары/

_____ / қан аздық/ қант диабеті/ жаңа туылған нәрестенің

тиреотоксикоз/асфиксиясы/ туылған кездегі бассүйекшілік жарақат/ гипербилирубинемия (20

ммоль/л астам)/жаңа туған нәрестенің гемолитикалық ауруы/ Туылғанда денесінің салмағы

1500 граммнан кем болуы//Апгар шкаласы бойынша төмен балл _____/ гестациялық жас 40

аптадан асып кету (артық көтеру)//баланың туылғаннан кейінгі реанимациясы және қарқынды

терапиясы// Ананың жасының 40-тан асқан болуы/ (кеш босану)

_____ Естудің аудиологиялық, неонатальдық скринингі жүргізілді ме?: босандыру мекемелерінде: иә/жоқ, нәтиже _____

_____ АСМК мекемелерінде: : иә/жоқ, нәтиже _____

_____ Есту анамнезі

Есту бұзылысы сөйлеуді үйренгенге дейін байқалды/сөйлеп үйренгеннен кейін / өз жасына

сәйкес сөйлеу алмауы, сөйлеу дамуының тежелісі _____.

Диагноз ең алғаш рет қашан және қайда қойылды _____

_____ Есту бұзылысының болжамды себептері: белгісіз/туа біткен/жүре пайда болған

Менингитпен ауырмады/ ауырды _____

_____ Ототоксикалық препараттар алды ма?: жоқ/иә, қандай _____ қай жаста _____

_____ емделу

кезінде

Есту бұзылыстары бар туыстары бар ма?: жоқ/иә _____

_____ Отитпен ауырды ма?: жоқ /иә _____

_____ Есту бойынша мүгедектігі бар ма?: жоқ/ _____ жасынан бастап

бар

Баланың оқитын жері _____

Есту протезінің түрі

1. Есту аппараты (ЕА)

Протезделген құлақ: сол / оң / екі жағы да _____

ЕА түрлері: ұқсас/ цифрлы _____

Құлақ қосымшасының түрі _____

ЕА қай жастан бастап қолданады? _____

2. Кохлеарлық имплантация жүйесі

Имплант атауы _____ Электрод түрі _____

Сөйлеу процессорының атауы _____

Имплантацияланған жақ: сол / оң / екі жағы да

Ота жасалған күн, ай, жыл _____ Қосқан күн, ай, жыл _____

Ота қай клиникада жасалды _____

3. Ортаңғы құлақ имплантациясының жүйесі

Имплант атауы _____ аудиопротесордың атауы _____

Имплантацияланған жақ: сол / оң / екі жағы

Ота жасалған күн, ай, жыл _____ Қосқан күн, ай, жыл _____

Ота қай клиникада жасалды _____

кохлеарлық имплантация жүйесінің есту аппаратын/сөйлеу процессорын,
ортаңғы құлақ

имплантациясы жүйесінің аудиопротесорын
күйіне келтіру

Күйіне келтіру сессиясының күні, айы, жылы _____

Күйіне келтіруді жүргізу орны _____

-
-
2. Баланың әрбір дыбысқа әсерін бақылау;
 3. Ата-аналардың баламен ұдайы (күн сайын) жұмыс істеуі;
 4. Тұрғылықты жері бойынша сурдопедагогпен, логопедпен, психологпен жеке сабақтары;
 - \ 5. Ата-аналардың тұрмыстық қарым-қатынас кезінде баланың есту және сөйлеуін дамытуы .

арқылы күйіне келтіру

Дәрігердің қолы _____

Кохлеарлық имплантация жүйесінің есту аппаратын/сөйлеу процессорын, ортаңғы құлақ имплантациясы

жүйесінің аудиопроцессорын

күйіне келтіруді сурдопедагогикалық тексеру

Күні, айы, жылы _____

Тексеруді жүргізу орны _____

Сурдопедагогтың Т.А.Ә., байланыс телефоны _____

Естуді қабылдаудың ерекшеліктері

УДР қалыптасуы: қалыптасқан / қалыптаспаған

Дыбыс қатты шығуының үдемелі деңгейін танып, ажырата білуі: ақырын – жақсы – қатты

шығу: қалыптасқан / қалыптаспаған

Тұрақты реакция қашықтығы

Дыбыстар	Сөйлемейтін	Сөйлеу
төменжілікті қатты шығатын		
төменжілікті ақырын шығатын		
Ортажілікті қатты шығатын		
Ортажілікті ақырын шығатын		
Жоғарыжілікті қатты шығатын		
Жоғарыжілікті ақырын шығатын		
Сыбылап сөйлеу		
Сөйлеу кезіндегідей дауыс		

Ажырату

Дыбыстарды		Сөздерді		Фразаларды	
дауысты	дауыссыз	жабық таңдауда	ашық таңдауда	жабық таңдауда	ашық таңдауда
		Әртүрлі буын құрылымымен	Әртүрлі буын құрылымымен		
		Бірдей буын құрылымымен	Бірдей буын құрылымымен		
		Бір дыбыспен ерекшеленетін	Бір дыбыспен ерекшеленетін		

Сөйлемдерді ажырата білуі _____

_____ каратып айтылған сөздерді түсінуі _____

_____ Телефонмен сөйлегенді түсінуі _____

_____ Ұсыныстар (қажеттісін белгілеу, толықтыру)

1. Дыбысқа ШҚР дамыту _____

_____ 2. Қатты шығуы бойынша дыбыстың үдемелі деңгейін түсінуді қалыптастыру

_____ 3. Қоршаған ортаға ықыласын дамыту _____

_____ 4. Дағдыларды қалыптастыру :

дыбыстарды бөле білуге (буындағы , сөздегі дауысты, дауыссыз) _____

_____ әртүрлі /бірдей буын құрылымымен сөздерді ажырата білуге _____

_____ фразаларды ажырата білуге _____

сөйлемдерді ажырата білуге _____

оқыған мәтінді түсінуге _____

5. Ақырын шығатын дыбыстарға есту ықыласын дамыту _____

6. Сөйлегенде өзін өзі бақылауды қалыптастыру _____

7. Деммен жұмыс жасау _____

8. Артикуляциялық гимнастика _____

9. Мимикалық (ымдаушы) бұлшқеттермен жұмыс жасау _____

10. Дауыспен жұмыс жасау _____

Сурдопедагогтың қолы _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 28-қосымша

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е- қ нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 112/ у-д утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н от "23" ноября 2010 года № 907

Баланың даму тарихы (қыз бала)

№ _____

Қан тобы _____

Резус _____

1. Тегі _____ Аты _____

Әкесінің аты (болған жағдайда) _____

1.1 . ЖСН _____ 2. Туған жылы:

күні _____ айы _____ жылы _____ 3. Код КАТО:

4. Тұрғылықты жері: (аудан) _____ (қала, ауыл) _____

_____ (көше) _____ үй _____ пәтер _____

5. Байланыс телефондары _____

Осы ұйымға есепке алынған күні	Қайдан келді	Есептен шығарылған күні	Кеткен мекенжайы

6. Ұйымдар:

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

Күні _____ Мекеменің атауы _____

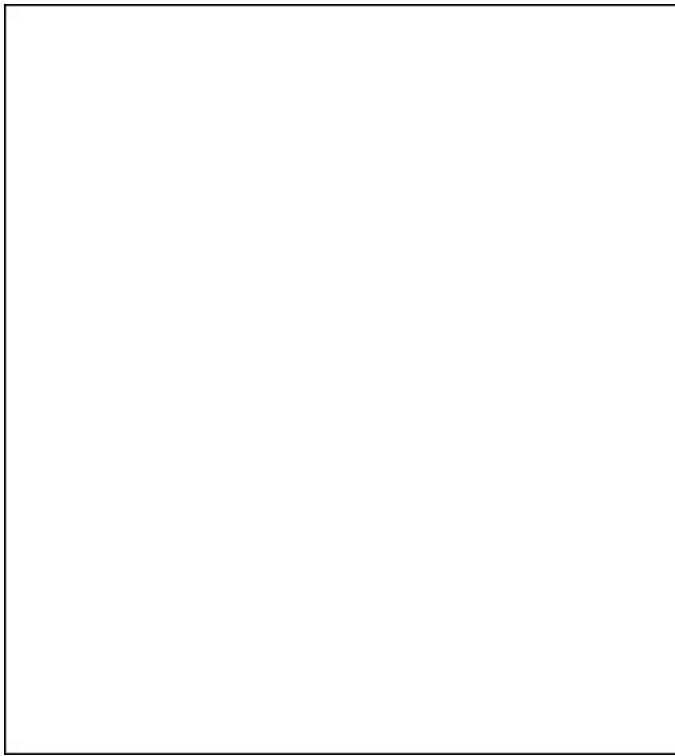
Отбасы туралы мәліметтер:

Ата-аналар және балалар Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Туған жылы	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (балалар үшін – балалар ұйымы)	Созылмалы аурулардың бар-жоғы
Анасы			
Әкесі			
Балалар			

Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер:

№ _____ перзентханадан шығарған күні _____	№ _____ перзентханадан жаңа туған нәресте туралы хабарлама алған күні _____		
Перзентхана мекенжайы _____	_____		
Күні, айы, жылы	Өмірінің күні	Күні, айы, жылы	Өмірінің күні

Айырбастау картасын желімдейтін орын



Туған кездегі салмағы _____

Туған кездегі бойы _____

ДСИ _____

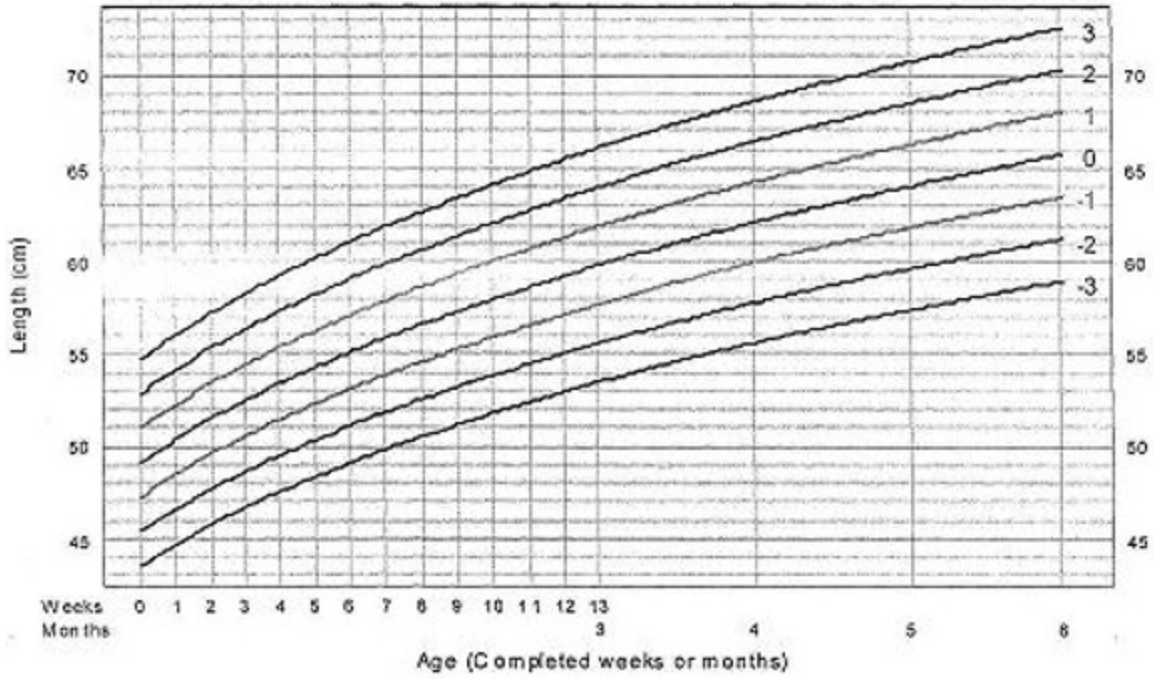
Бас шеңбері _____

Дене дамуын бағалау:

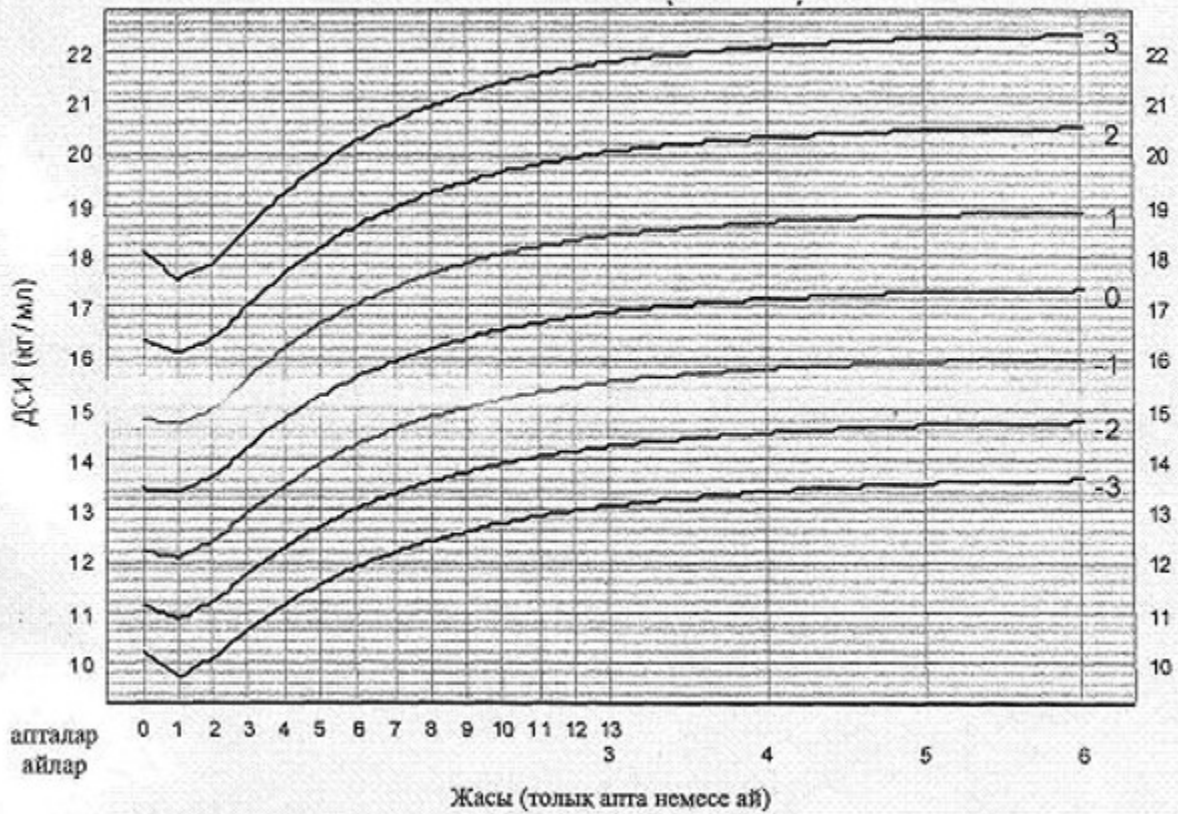
Тұқым қуалайтын патологиясына скринингі

№	Атауы	Қан алатын күні, аудиологиялық скрининг күні	Нәтиже
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ТнаименованиеГ (туа біткен гипотиреоз)		
3	Аудиологиялық скринингі		

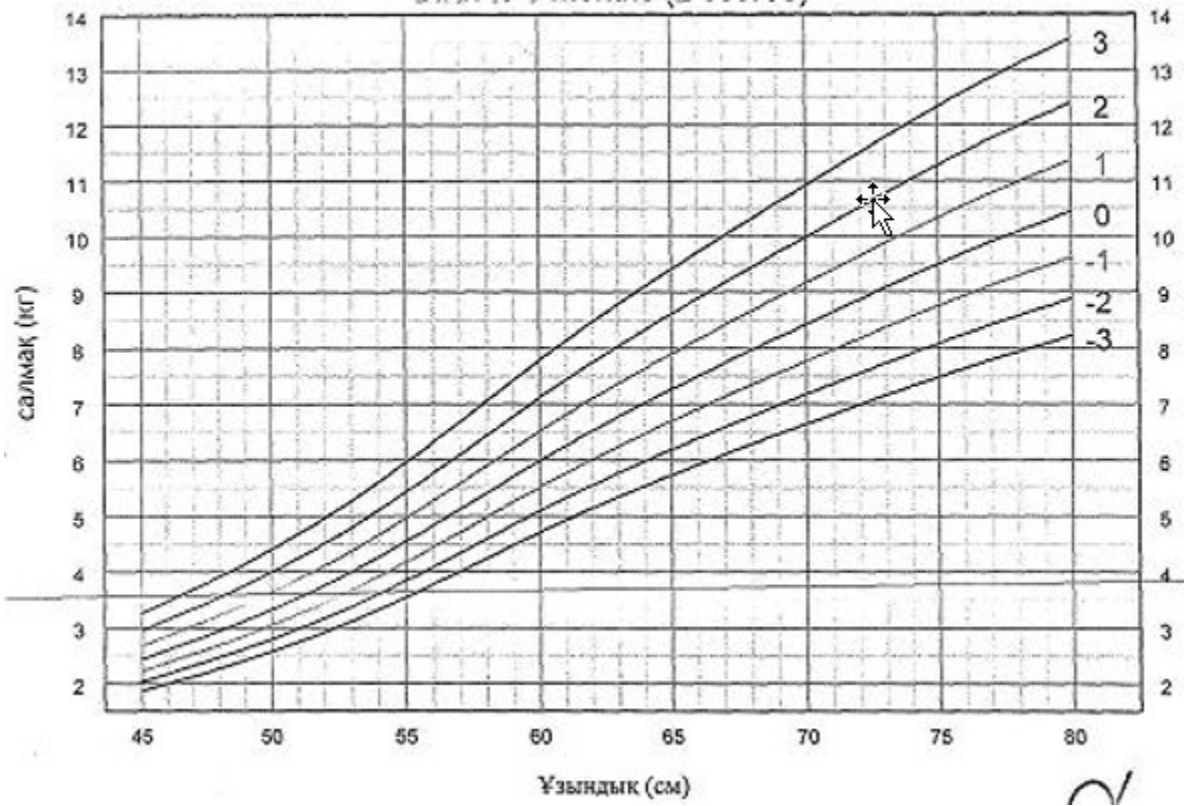
Қыз баланың жасына қарай ұзындығы
Туғаннан бастап 6-айға дейін (Z-мәні)



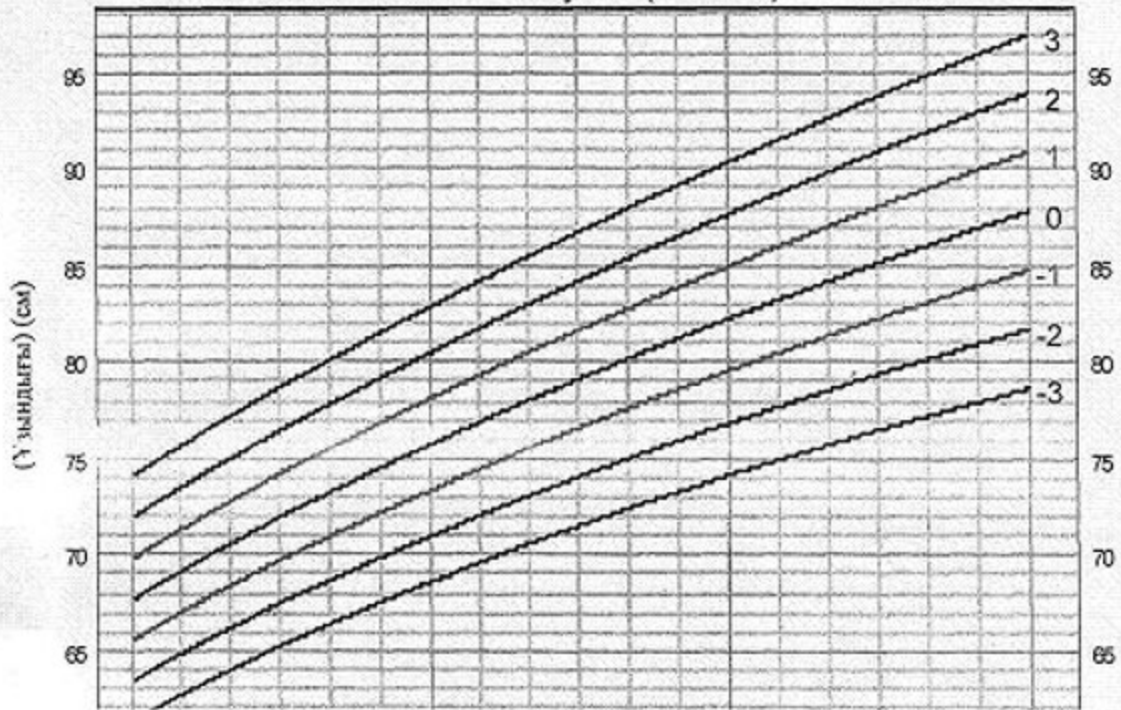
Қыз баланың жасына қарай дене салмағының индексі (ДСИ)
Туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-мәні)



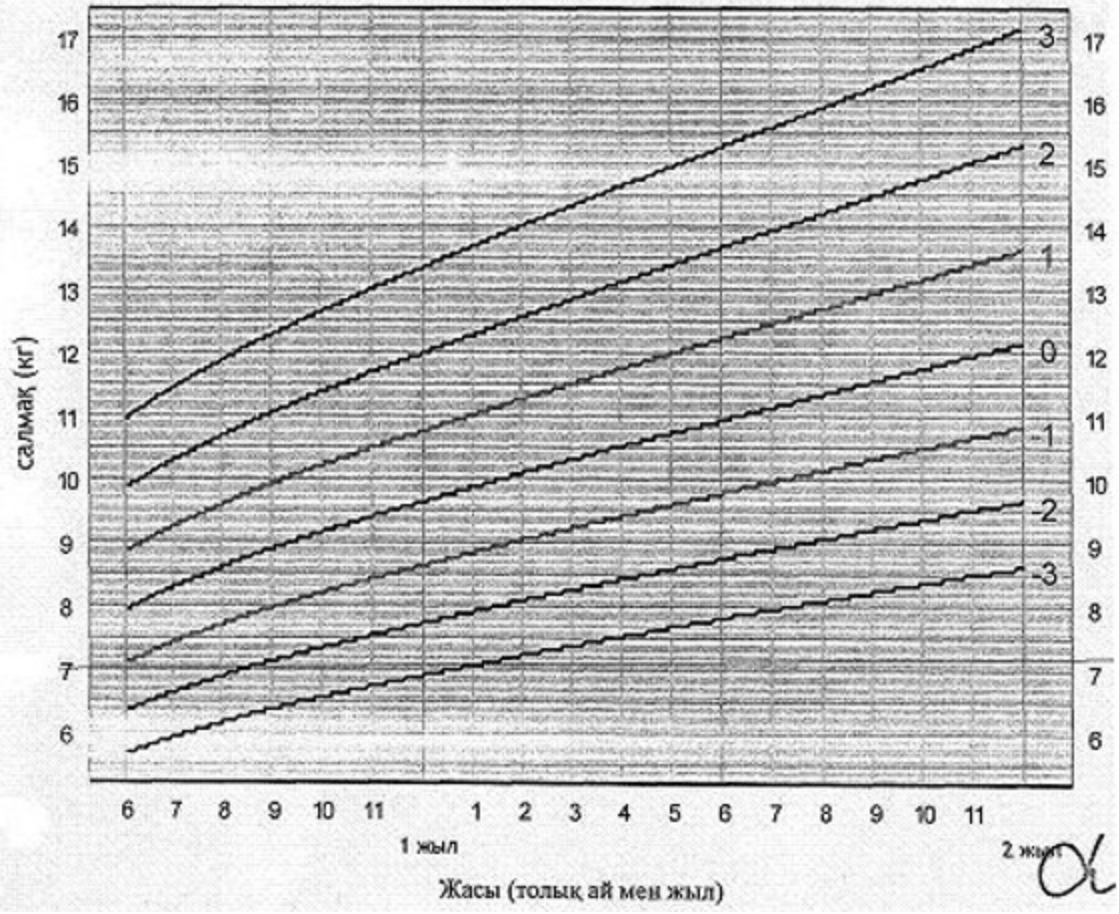
Қыз баланың ұзындығына қарай дене салмағы
Туғаннан 6 айға дейін (Z-мәні)



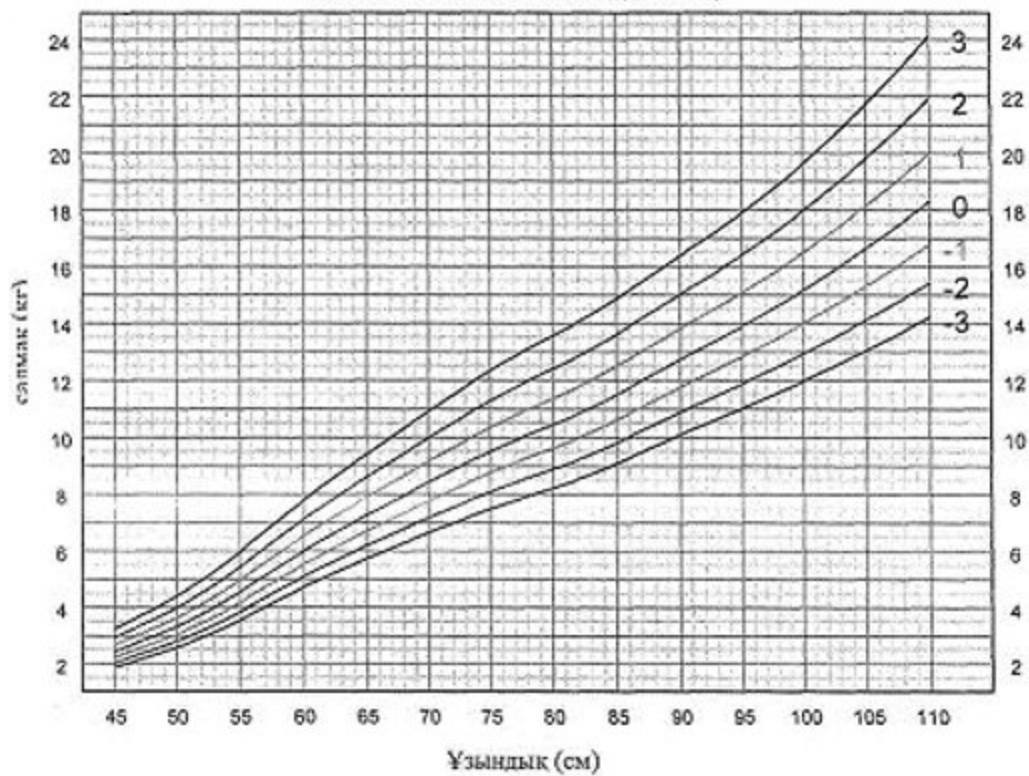
Қыз баланың жасына қарай ұзындығы
6 айдан 2 жасқа дейін (Z-мәні)



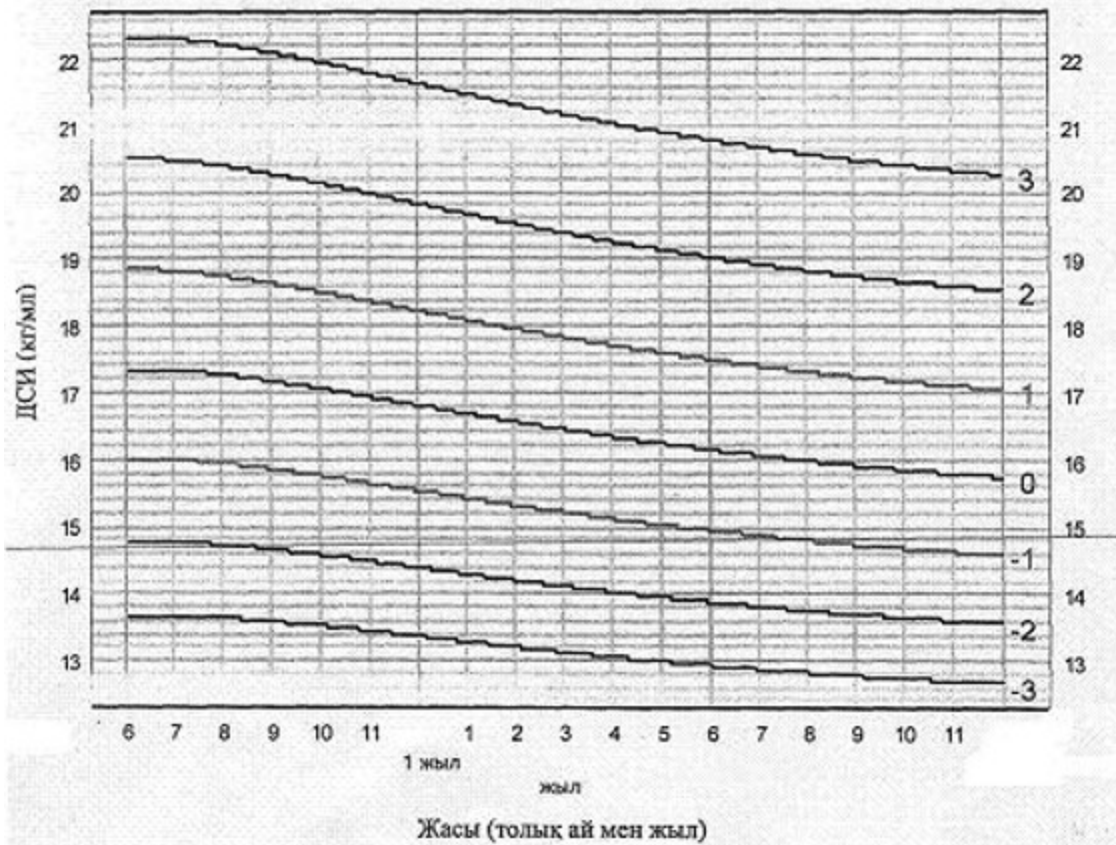
Қыз баланың жасына қарай дене салмағы
6 айдан 2 жылға дейін (Z-мәні)



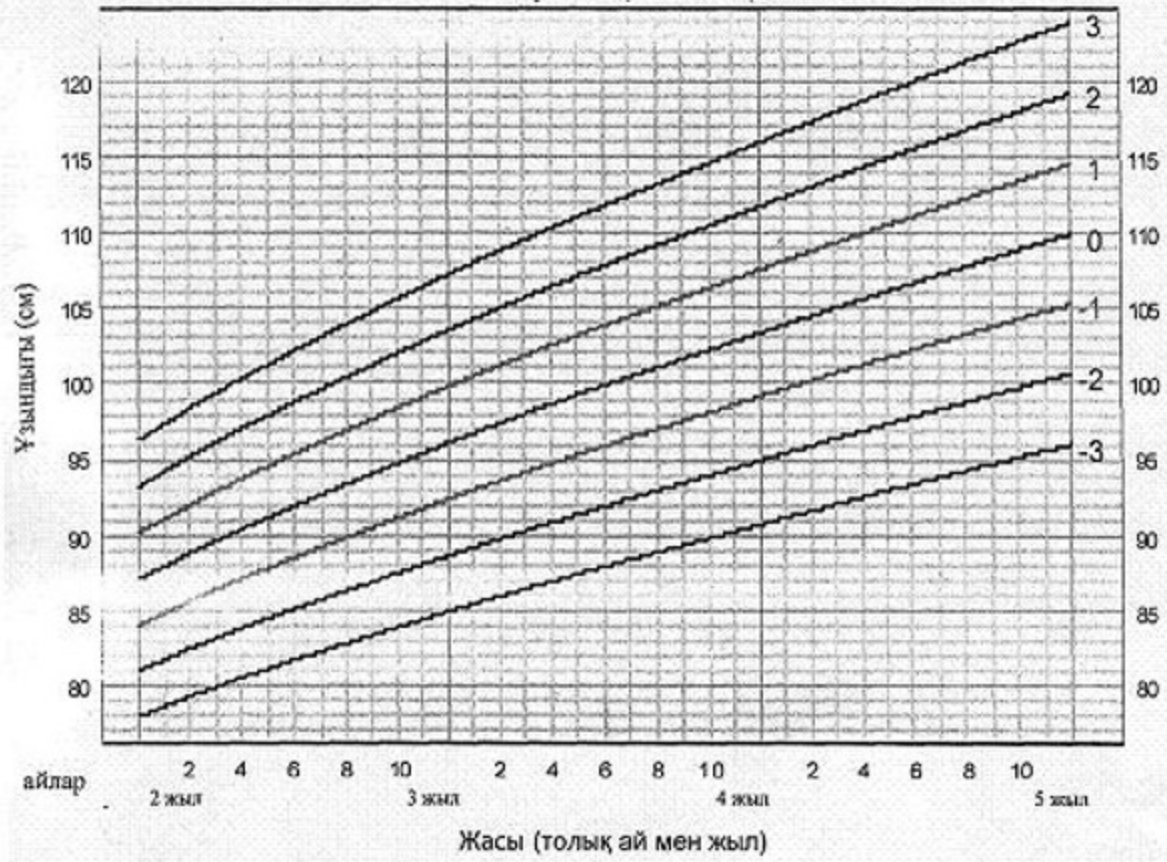
Қыз баланың ұзындығына қарай дене салмағы
6 айдан 2 жылға дейін (Z-мәні)



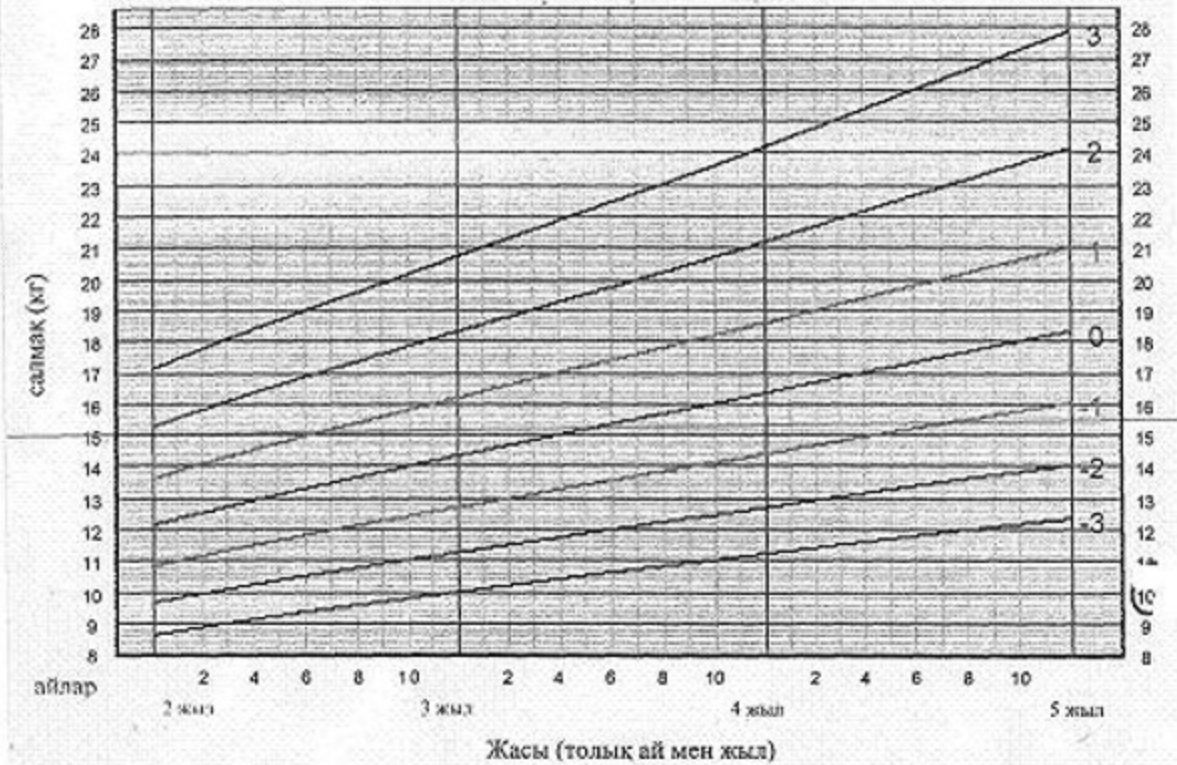
Қыз баланың жасына қарай ДСИ-і
6 айдан 2 жасқа дейін (Z-мәні)



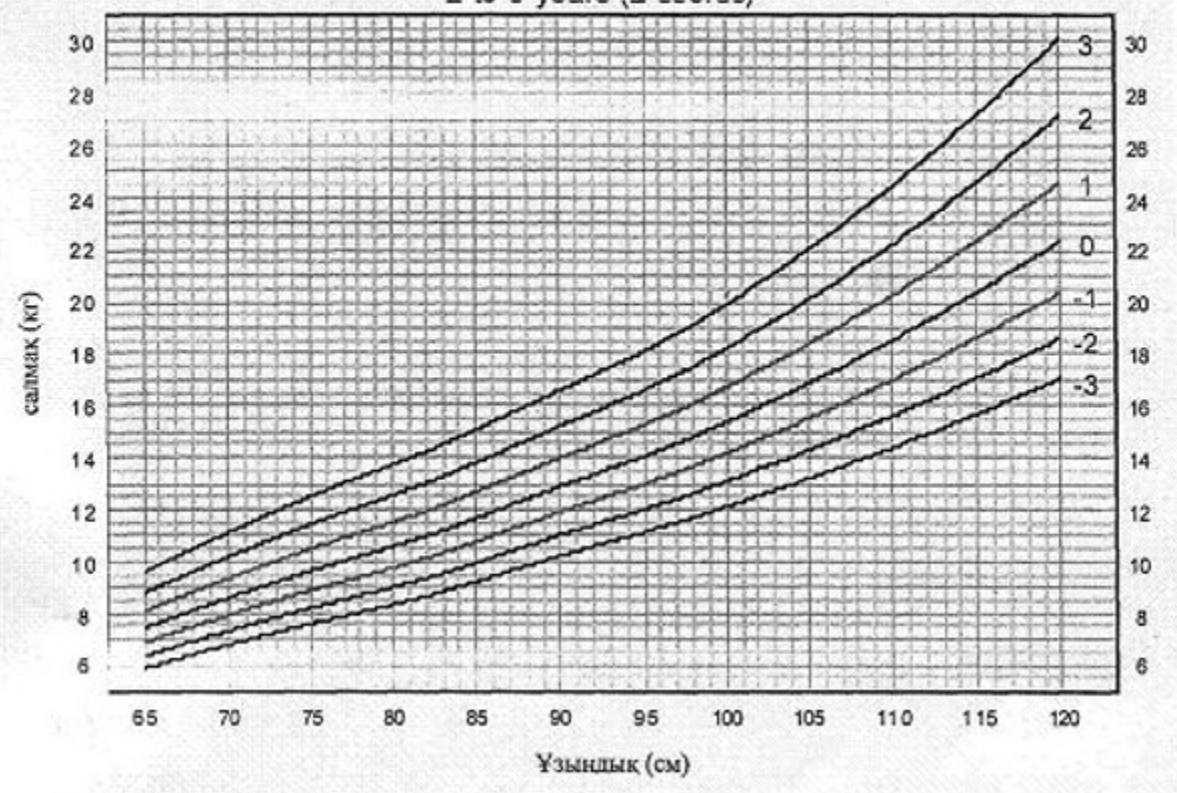
Қыз баланың жасына қарай ұзындығы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-мәні)

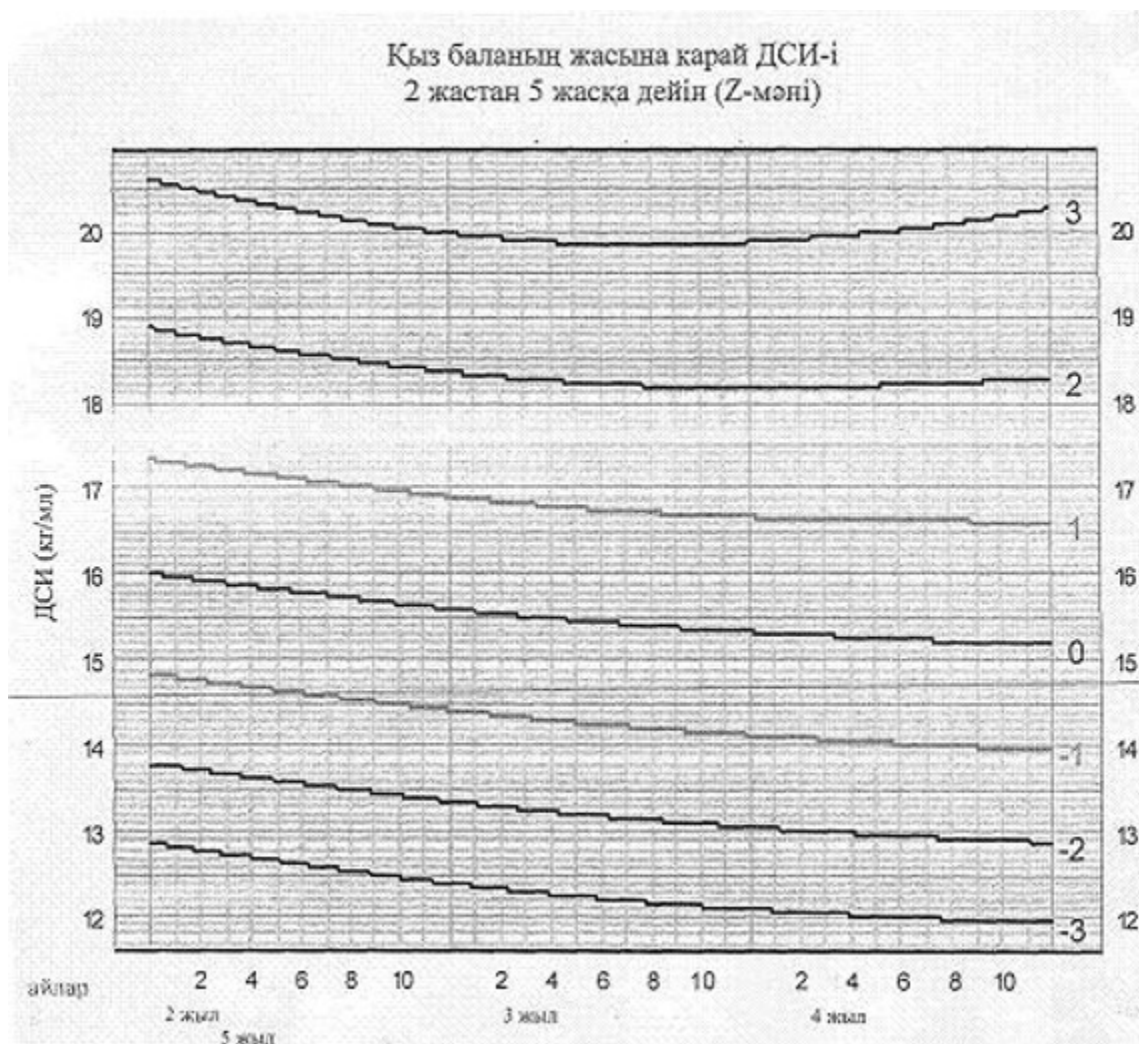


Қыз баланың жасына қарай дене салмағы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-мәні)



Қыз баланың ұзындығына қарай салмағы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-мәні)





Әйелдер консультациясынан ақпарат алған күн _____

Әйелдер консультациясының атауы _____ Босану

алдындағы алғашқы патронажды өткізген күні _____

1	Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда):
	Туған күні мен жасы (толық жасы)
	Жүкті әйелдің тіркелу орны
	Тұрғылықты мекенжайы
	Жұмыс орны, кәсібі
	Мамандықтың зияндығы: ылғалдық, шаң, химикаттар, ауырпалық, басқасы (керегінің астын сызу керек)
2	Жүкті әйелдің биологиялық анамнезі:

	Қазіргі жүктілігінің мерзімі
	Нешінші жүктілік_____, жоспарланған, қалаған, қаламаған (керегінің астын сызу керек)
	Алдыңғы жүктіліктер саны _____, оның ішінде:
	* босанумен аяқталды - * жүктілікті жасанды ұзумен * түсік- * отбасындағы балалар саны- * отбасындағы балалар туралы басқа ақпараттар (арудан қайтыс болғандар, неше жаста, бала шағынан мүгедек) _____
	Қазіргі жүктілік пен босану арасындағы аралық
3	Әлеуметтік анамнез және отбасы денсаулығы:
	Толық отбасы, отбасы толық емес _____
	Анасының білім деңгейі _____ әкесінің білім деңгейі _____
	Отбасындағы психологиялық орта: жағымсыз, жағымды
	Отбасында _____ алкогольизмнің, _____ нашақорлықтың _____ бар-жоғы Иә _____ жоқ
	Темекі _____ шегетін _____ отбасы _____ мүшелерінің _____ болуы Иә _____ жоқ
	Т е м е к і _____ ш е г е т і н _____ а н а Иә _____ жоқ
	Анасының дене белсенділігі төмен, жеткілікті
	Отбасының материалдық жағдайы: қанағаттанарлық, қанағаттанғысыз (тығыз орналасқан, ылғалдылық, суық, табысы аз қамтылған, кірістің төмен деңгейі, басқа факторлар)
	Отбасының санитариялық мәдениеті: төмен _____ жеткілікті _____
	Отбасындағы инфекциялық аурулардың бар-жоғы (АИТВ, ЖЖБЖ, туберкулез, қызамық, басқа аурулар) _____
	Тұқым қуалайтын аурулардың бар-жоғы (қандай, туыстық дәрежесі, ұрпақ) _____
	Басқа балаларда туа біткен даму кемістіктерінің болуы Иә: туа біткен жүрек кемістіктері, АІТ, ОНЖ, несеп-жыныс жүйесінің аурулары, өкпе аурулары, басқа аурулар _____ жоқ
	Отбасы мүшелерінің (күйеуі) флюорографиясы: Иә, жоқ
4	Жүкті әйелдің денсаулық жағдайы:
	Созылмалы соматикалық аурулардың бар-жоғы Иә _____ жоқ
	Экстрагениталды аурулардың бар-жоғы Иә _____ жоқ
	Күрделі жүктіліктің бар-жоғы Иә _____ жоқ
	УДЗ өтті (қандай мерзімде) _____ қайда _____
	УДЗ-мен анықталған патология Иә _____ жоқ
	АҚ _____

Терапевт қорытындысы _____	
Жүктілік ағымы: * дене салмағының жетіспеушілігі (жүктілікке дейінгі ДСИ 19-дан төмен) * дененің салмағы қалыпты (жүктілікке дейінгі ДСИ 19-24) * дененің салмағы артық (жүктілікке дейінгі ДСИ 25-30) * семіздік (жүктілікке дейінгі ДСИ 30-дан жоғары)	
5	Шұғыл медициналық көмекті қажет ететін 7 белгінің біреуінің бар-жоғы: 1. жыныс жолдарынан қан кету 2. құрысулар 3. бастың қатты ауыруы, іш ауыруы, көп әрі тоқтамай құсу 4. ұрықтың сирек қозғалуы не мүлде қозғалмауы 5. дене қызуы жоғары 6. ұрық айналасындағы судың кетуі 7. аяқ-қолдарының және дененің басқа мүшелерінің ісінуі
6	Басқа мәліметтер:
Қорытынды:	
Қауіптің дәрежесі мен бағыттылығы: * үйдің материалдық-тұрмыстық және санитариялық жағдайы бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * ата-ананың зиянды әдеттері бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * жүкті әйелдің жағдайы бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * казіргі жүктіліктің ағымы өтуі бойынша: қауіп жоқ, қауіп орташа, қауіп жоғары * басқа факторлар бойынша: Жоғары қауіптер туралы кім хабар алды: Әйелдер консультациясының меңгерушісі _____ Емхана меңгерушісі (терапиялық қызмет) _____ Басқа ведомстволар немесе жергілікті билік _____	
Ұсыныстар: * оңтайлы күн режимін, демалыс, ұйқы мен дене белсенділігін сақтау * оңтайлы тамақтануды қолдау бойынша (тамақтану пирамидасы) * препараттарды профилактикалық қабылдау (темір, фолий қышқылы, құрамында йод бар препараттар) * АИТВ, ЖЖБЖ және туберкулез профилактикасы * Жеке гигиенаны сақтау және тұрмысты абаттандыру * Ұрықтың дамуына темекі шегу, алкоголь мен есірткіні пайдаланудың әсері туралы	

Мейіргер/Фельдшер

Екінші босану алдындағы патронаж

Әйелдер консультациясының атауы _____

Екінші босану алдындағы патронажды өткізу күні _____

1.	Жүкті әйелдің Т.А.Ә (болған жағдайда):
	Туған күні мен жасы (толық жасы)
	Жүкті әйелдің тіркелу орны
	Тұрғылықты жері
	Болжамды босанатын орны (мекеме)
2.	Жүкті әйелдің денсаулық жағдайы: Күрделі жүктіліктің бар-жоғы Иә _____ жоқ _____
3	Жақын ортада инфекциялық және созылмалы аурулармен ауыратындардың бар-жоғы (отбасында, жақын көршілерінде, туыскандарында)
4	Сүт безінің жағдайы
5	Шұғыл медициналық көмекті қажет ететін 7 белгінің біреуінің бар-жоғы: 1. жыныс жолдарынан қан кету 2. құрысулар 3. бастың қатты ауыруы, іш ауыруы, көп әрі тоқтамай құсу 4. ұрықтың сирек қозғалуы не мүлде қозғалмауы 5. дене қызуы жоғары 6. ұрық айналасындағы судың кетуі 7. аяқ-қолдарының және дененің басқа мүшелерінің ісінуі
6	Жаңа туған нәресте бұрышын дайындау: Орын, төсек, төсек-орын, киім-кешек, күтім заттары
7	Басқа мәліметтер:
Қорытынды:	
* жүкті әйелдің денсаулық жағдайы қанағаттанарлық, қанағаттанғысыз	
* зиян әдеттердің бар-жоғы Иә жоқ	
* жүкті әйелдің алдыңғы ескертулерді орындауы Иә, жоқ	
* отбасы нәрестенің тууына дайын Иә, жоқ _____	
Ұсыныстар:	
* Емшекпен тамақтандыруға дайындық бойынша	
* Жүкті әйелдің оңтайлы тамақтануы бойынша	
* Оңтайлы дене белсенділігі бойынша (серуенге шығу)	
* Емшекпен тамақтандыру мен жаңа туған нәресте күтімі дағдыларына үйрету үшін салауытты бала кабинетіне шақырылды	
* Жаңа туған нәресте бұрышын дайындау және перзентханаға арналған киім-кешекті дайындау бойынша	

Манту реакциясы:

Манту реакциясы:	Күні	Жасы	Дозасы	Туберкулин сериясы	Өндіруші ел	Инфильтрат өлшемі	Нәтиже	Фтизиатр қорытындысы

БМСК мекемелерінде ерте жастағы балаларға отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық скрининг жүргізу бойынша қортындысын енгізу

Жасы	Отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен жүргізілген аудиологиялық скринингтің Нәтижесі					
	Оң құлақ			Сол құлақ		
	"Өтті"	"Өтпеді"	Скрининг жүргізілмеді	"Өтті"	"Өтпеді"	Скрининг жүргізілмеді
		*			*	
		*			*	
1 ай						
3 ай						
6 ай						
9 ай						
1 жыл						
1 жыл 6 ай						
2 жыл						
2 жыл 6 ай						
3 жыл						
3 жыл 6 ай						

*

Баланың отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық скринингті өту нәтижесі

тиісті бағанада қанатбелгімен белгіленеді №

*
*

"Өтпеді" деген отоакустикалық эмиссияны тіркеу нәтижесінде бала сурдологиялық кабинетке жіберіледі.

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы

Дәрігерге қаралу күні (айы, жылы)	Жасы	Қорытынды (нақтыланған) диагноздар, алғашқы рет анықталғандарын "+" белгісімен белгілеу	Дәрігердің қолы (тегін анық жазу керек)	Емдеуге жатқызу белгісі (стационардың атауы, күні) "(бастап) (дейін)"

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы

Дәрігерге қаралу күні (айы, жылы)	Жасы	Қорытынды (нақтыланған) диагноздар, алғашқы рет анықталғандарын "+" белгісімен белгілеу	Дәрігердің қолы (тегін анық жазу керек)	Емдеуге жатқызу белгісі (стационардың атауы, күні) "(бастап) (дейін)"

Дені сау баланың үйде және қабылдау кезінде патронажды бақылануын жазу

Жаңа туған нәрестенің алғашқы патронажы:

Жаңа туған нәрестені қарау міндеттері:

1. туғаннан соң қалыпты бейімделуіне көз жеткізу
2. қауіпті белгілердің бар-жоғын тексеру

3. бойы мен дамуын бағалау

4. туа біткен даму кемістіктерінің бар-жоғын тексеру

Қарау күні	20__/____/____	Жасы:_____	Дене қызуы_____
Туған кездегі	Салмағы:___кг	Бойы___см	ДСИ___Бас шеңбері___см

Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:

Анасының шағымдары:

Қауіпті белгілерді бағалаңыз:	
1. Жиі тыныс алу (минутына 60 -тан артық); 2. Тыныс алу жиілігінің азаюы (минутына 30 -дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп тыныс алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Ширату кезінде ғана қозғалыс жасау немесе ширату болса да қозғалыстың болмауы 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ -тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріңнің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негізінің ісуі, қызару, қалыңдау.	Иә ___ Жоқ ___
Анамнез: Нәресте шала туды ма (37 аптадан кем); жамбаспен жатуы; босанудың күрделі ағымы; жаңа туған нәрестенің реанимациясы; анамнездегі құрысулар; перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу; басқа	Ауыр анамнез: Иә ___ Жоқ ___

Бассүйек-ми нервінің функциясын бағалаңыз (тіл қозғалысы, көз қозғалысы, жұту рефлексінің бар-жоғы); рефлексстерді тексеріңіз (симметриялы болуы тиіс): іздеу; ему; ұстау; Моро рефлексі; Бет-жүзін қарау: _____ (симметриялы, дизморфизм белгілері, қарашықтың жарыққа деген реакциясы, өлшемі, пішіні, мөлдір қабық жағдайы) Терісі: _____ (қалыпты қызғылт не қою қызғылт) Сілемейлі ауыз қуысы _____ конъюнктивтері _____

Бұлшық ет тонусы _____ (қалыпты аяқ-қолдардың гипертонусы және дене мен мойын гипотонусы; нәрестенің қолы мен аяғы бүгіліп, денесіне қысылған, қол ұштары жұдырыққа жұмылған " ф л е к с о р л ы п о з а ")

Көзге көрінетін туа біткен кемістіктер _____

Сүйек жүйесі _____

Бас пішіні _____ тігістер _____

Үлкен еңбегі _____ кіші еңбегі _____

Буындарын бағалаңыз: _____ қозғалыстары, өлшемі, симметриялылығы, иық өрімі бұзылуының бар-жоғы, бұғананың сынған-сынбағанын тексеру; санының туа біткен шығып кетуі бар-жоғын тексеріңіз, аяқ басының деформациясы Тыныс алу ағзалары: _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) _____ (қалыпты 30 - 60/мин) ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ (қалыпты 100 /мин артық); жүрек ритмі _____; Жүрек шуы _____; Сандық тамыр соғудың пальпациясы _____ (қалыпты симметриялы екі жағынан) Ас қорту ағзалары: Іші _____ Бауыры _____ Көкбауыры _____ Жыныс ағзалары (жарықтар, жыныстық екі жақтылық белгілері) _____

Кіндікбауы _____ (туған соң алғашқы тәулікте кіндік қалдығы түсе бастайды, содан кейін кеуіп, әдетте 7-10 күннен кейін түсіп қалады, тазалықты сақтаған жағдайда қосымша тазалауды қажет етпейді)

Несеп шығаруы _____ (қалыпты барабар тамақтандырған жағдайда 6 реттен кем емес); Нәжісі _____ (қалыпты ашық сары түсті, ботқа іспетті, қышқыл иісті)

Тамақтандыру проблемалары бар ма, анықтаңыз	Тамақтандыру проблемалары
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Бала емшек емізу арқылы тамақтана ма? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Егер Иә болса, 24 сағатта неше рет? _____ рет Түнде емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Бала басқа тағам немесе сұйықтық қабылдай ма? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз бөтелкені _____ пиаланы және қасықты _____</p>	
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандайда бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):</p>	
<p>Емшекпен _____ емізуді Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>* Иегі емшекке тиіп тұр Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Аузы қатты ашық Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә _____ Жоқ _____</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп _____ тұр Жақсы тиіп тұр Нәрестенің емшек</p>

	<p>емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Д а м у проблемалары</p>
<p>Нәрестенің егілу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Нәресте бүгін алуға тиісті егулердің астын сызыңыз:</p> <p>В 1- 0 типті гепатит _____ БЦЖ _____</p>	<p>Келесі егуді қабылдау үшін дәрігерге келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: Бала төсегінің, күту заттарының, баланың киім-кешегінің бар-жоғы.</p> <p>Бөлме гигиенасы _____</p> <p>(ылғалды тазалаудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен емес)</p> <p>Нәресте гигиенасы _____</p>	<p>К ү т і м проблемалары</p>
<p>А н а д е н с а у л ы ғ ы н б а ғ а л а у :</p> <p>1. Сүтбездерін қарау:</p>	<p>Проблемалар</p>
<p>2. Босанудан кейінгі депрессия белгілері (әр келген сайын назар аудару қажет):</p> <p>1. терең уайымшылдық және мазасыздану</p> <p>2. терең уайым</p> <p>3. жиі жылау</p> <p>4. нәрестеге қамқорлық жасауға қабілетсіздікті сезіну</p> <p>5. кінә сезімі айту</p> <p>6. үрей ұстамалары</p> <p>7. күйзелу және ашушандық</p> <p>8. шаршау және қуаттың жетіспеушілігі</p>	<p>Босанудан кейінгі депрессияны режиммен қарау бойынша кеңестер:</p> <p>1. басқа жұмыстарды кейінге қалдырып, балаға қамқорлық көрсету.</p> <p>2. отбасы мүшелеріне өзімен не болып жатқанын айту</p> <p>3. нәресте көпшілік ортасында</p>

9.	назарды	бір	нәрсеге	аударуға	қабілетсіздік	болатындай
10.			ұйқының		бұзылуы	жағдай жасау
11.			тәбет		проблемалары	4. баланы жиі
12.	жыныстық		қатынасқа	қызығушылықты	жоғалту	ұстау
13.	дәрменсіздікті		және	үмітсіздікті	сезіну	5. бала туралы
14.	баланы жек көру					ойлау
						6. далаға жиі шығу және қозғалу
						7. жақсы тамақтану
						8. өзін-өзі күтіну
						9. күнделік жүргізу
						10. егер осы шаралар көмектеспесе маманға келу.
Қорытынды:						

Ұсыныстар:

*

Емізудің артықшылықтары мен практикасы

*

Тек емшекпен емізуді ғана қамтамасыз ету

*

Емшек сүтін сауу техникасы (қажет болған жағдайда)

*

Ананың оңтайлы тамақтануы.

*

Ананың жеке гигиенасы

*

Жаңа туған нәрестенің бөлмесі мен күту заттарына қойылатын талаптар

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек таңдауға, жаңа туған нәрестені күтуге арналған заттар мен

ойыншықтарға қойылатын талаптар), жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін

ата-ананың мінез-құлқы)

*

Жаңа туған нәрестені күту, серуендер режимі, гигиеналық ванналар.

*

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық пен күтім ережелері (қауіпті белгілер).

*

Дәрігердің жұмыс кестесі мен медициналық ұйымның (МҰ) координаттары туралы анасын хабардар ету.

*

Әкесін нәрестені күтуге қатыстыру (мысалы: шомылдыру кезінде, киімін ауыстыру кезінде).

*

Басқа ұсынымдар

Дәрігер:

Мейіргер:

Мейіргердің үйдегі патронажы (7-күн)

Қарау күні 20______ Жасы: ____ Дене кызуы _____ Нәрестенің денсаулық жағдайына анасының шағымы бар ма _____	
Қауіп белгілерін бағалаңыз: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Өлсіздік немесе көтереңкі тонус; 7. Дене кызуының $37,5^{\circ}\text{C}$ -тен жоғары болуы; 8. Дене кызуы $<36,5^{\circ}\text{C}$ -тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріннің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.	Иә__Жоқ__
Емізумен проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз	Тағам проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә__Жоқ__ Бала емшек емізу арқылы тамақтана ма? Иә__ Жоқ__	
* Егер Иә болса, 24 сағатта неше рет? ____рет Түнде емізесіз бе? Иә__Жоқ__	
*	

<p>Бала басқа тағам немесе сұйықтық қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз бөтелкені _____ пиаланы және қасықты _____</p>	
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кіші болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):</p>	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>*</p> <p>Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>А у з ы _____ қ а т т ы _____ а ш ы қ _____</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан _____ к ө р і н і п _____ т ұ р .</p> <p>И ә _ _ _ Ж о қ _ _ _</p> <p>Е м ш е к к е _____ т и і п _____ т ұ р ғ а н _____ ж о қ _____</p> <p>Н а ш а р _____ т и і п _____ т ұ р _____</p> <p>Ж а қ с ы _____ т и і п _____ т ұ р _____</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? М ү л д е _____ е м б е й д і _____</p> <p>т и і м с і з _____ е м е д і _____</p> <p>т и і м д і _____ е м е д і _____</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Д а м у проблемалары</p>
<p>Нәрестеге _____ қ а т а л _____ қ а р а у _____ б е л г і л е р і : (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Проблемалар</p>
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы</p> <p>Бөлме _____ г и г и е н а с ы _____</p> <p>(ылғалды тазартудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен _____ е м е с)</p> <p>Нәресте гигиенасы _____</p>	<p>К ү т і м проблемалары</p>
<p>Ана _____ д е н с а у л ы ғ ы н ы ң _____ ж а ғ д а й ы н _____ б а ғ а л а у : Сүтбезін _____ қ а р а у : _____</p> <p>Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі</p>	<p>Проблемалар</p>

Ұсыныстар:

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық пен күтім ережелері (қауіпті белгілер, емізу және сусын беру режимі).

*

Тек емшекпен емізу

*

Психологиялық әлеуметтік дамуды ынталандыру

*

Жаңа туған нәрестені күту, серуенге шығару режимі

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін ата-анасының мінез-құлқы.

*

Микронутриентті жетіспеушілік профилактикасы (темір, А витамині, йод, мырыш)

*

Анасының жеке гигиенасы.

*

1 айлық жасында дәрігерге қаралуға шақыру.

Мейіргер:

Дәрігердің үйге баруы (14-күн)

Қаралу күні 20__ \ ____. Жасы: ____ . Дене қызуы _____	
Анасының шағымдары:	
Қауіп белгілерін бағалаңыз: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтереңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бледность; 10. Кіндік жарасынан іріннің шығуы немесе кіндік	Иә __ Жок __

қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.

Т е р і с і :

Кіндікбауы _____

С і л е м е й л і _____ а у ы з _____ қ у ы с ы _____

конъюнктивалар _____

үлкен _____ еңбек _____

Тыныс _____ ағзалары: _____

тыныс _____ алудың _____ жиілігі _____

ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ) _____ (қалыпты 100 /мин артық

); жүрек ритмі _____; жүрек шулары _____;

Ас қорту ағзалары: Іші _____ Бауыры _____ Көкбауыры _____

Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____

Диагноз:

Емізумен проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз

Тамақтану проблемалары

*

Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___ Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___

*

Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___

Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___

Егер Иә болса, қаншалықты жиі?

Тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____

пиаланы және қасықты _____

Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):

Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?

Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

*

Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:

*

Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___

*

А у з ы _____ қ а т т ы _____ а ш ы қ _____

Иә ___ Жоқ ___

*

Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___

*

Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр .

Иә ___ Жоқ ___

Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр

Ж а қ с ы _____ т и і п _____ тұ р _____

Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді

т и і м с і з _____ е м е д і _____

тиімді емеді

*

Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).		
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз * Балаңызбен қалай ойнайсыз? * Балаңызбен қалай сөйлесесіз?		Д а м у проблемалары
К ү т і м д і	б а ғ а л а у :	К ү т і м проблемалары
Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		Иә __Жоқ__
Мамандандырылған көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер: Е с т у к а б і л е т і б о й ы н ш а көру қабілеті бойынша		Проблемалар
Анасының аурудың қауіпті белгілерін білуі		Иә __Жоқ__
Анасының денсаулығын бағалау:		Проблемалар
Қорытынды:		

Ұсыныстар:

1. Тек емшекпен емізуді ынталандыру
 2. Тамақтандыратын ананың жақсы тамақтануы және ұйықтау/демалу режимі
 3. Жаңа туған нәресте күтімі
 4. Психологиялық әлеуметтік дамуды ынталандыру
 5. Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін ата-анасының мінез-құлқы.
 6. Нәресте аурып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім
 7. Анасы бірден дәрігерге жүгінуі қажет нәрестедегі аурудың қауіпті белгілеріне үйрету:
сусын іше алмайды немесе емшекті еме алмайды, әр тамақтанған сайын немесе сусын ішкен сайын құсу, құрысулар, летаргиялы (ұйқылы) не ессіз.
 8. Басқа.
- Дәрігер:

Мейіргердің үйдегі патронажы (21-күн)

Қарау күні	20______	Жасы:_____.	Дене кызуы_____
Нәрестенің денсаулық жағдайына анасының шағымы бар ма_____			
Қауіп белгілерін	бағалаңыз:		
1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Өлсіздік немесе көтеренкі тонус; 7. Дене кызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене			

<p>қызуы <36,5 0C-тен төмен және жылындудан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріннің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.</p>	Иә __Жоқ__
Емізумен проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз	Тағам проблемалары
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә __Жоқ__</p> <p>* Бала емішек емізу арқылы тамақтана ма? Иә __Жоқ__</p> <p>* Егер Иә болса, 24 сағатта неше рет? _____рет</p> <p>* Түнде емізесіз бе? Иә __Жоқ__</p> <p>* Бала басқа тағам немесе сұйықтық қабылдай ма? Иә __Жоқ__</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз бөтелкені _____ пиаланы және қасықты _____</p>	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кіші болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>* И е г і е м ш е к к е т и і п т ұ р Иә __Жоқ__</p> <p>* А у з ы қ а т т ы а ш ы қ Иә __Жоқ__</p> <p>* Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә __Жоқ__</p> <p>* Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә __Жоқ__</p> <p>Е м ш е к к е т и і п т ұ р ғ а н ж о қ Н а ш а р т и і п т ұ р Ж а қ с ы т и і п т ұ р Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ? М ү л д е е м б е й д і т и і м с і з е м е д і тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>

Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз *		Д а м у проблемалары
Балаңызбен қалай ойнайсыз? *		
Балаңызбен қалай сөйлесесіз?		
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		Проблемалар
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазартудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25 ⁰ С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____		К ү т і м проблемалары
Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүтбезін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі		Проблемалар
Қорытынды		

Ұсыныстар:

*

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер, емізу және сусын беру режимі).

*

Тек емшекпен емізу

*

Психологиялық әлеуметтік дамуды ынталандыру

*

Жаңа туған нәрестені күту, серуенге шығару режимі

*

Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін ата-анасының мінез-құлқы.

*

Микронутриентті жетіспеушілік профилактикасы (темір, А витамині, йод, мырыш)

*

Анасының жеке гигиенасы.

*

1 айлық жасында дәрігерге қаралуға шақыру.

Мейіргер:

Мейіргердің үйдегі патронажы (28-күн)

Қарау күні	20______	Жасы: _____	Дене қызуы _____
Нәрестенің денсаулық жағдайына анасының шағымы бар ма _____			
Қауіп белгілерін	бағалаңыз:		
1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Өлсіздік немесе көтереңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан іріннің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.			Иә ___ Жоқ ___
Емізумен проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз			Тағам проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___ * Бала емшек емізу арқылы тамақтана ма? Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә болса, 24 сағатта неше рет? _____ рет Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Бала басқа тағам немесе сұйықтық қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз бөтелкені _____ пиаланы және қасықты _____			
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кіші болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):			
Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз: * И егі емшекке тип тұр Иә ___ Жоқ ___ * Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ *			

<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз:</p> <p>Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тип тұрған жоқ</p> <p>Н а ш а р т и і п т ұ р</p> <p>Ж а қ с ы т и і п т ұ р</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ?</p> <p>М ү л д е е м б е й д і</p> <p>т и і м с і з е м е д і</p> <p>тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалаңыз</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>*</p> <p>Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Д а м у проблемалары</p>
<p>Нәрестеге қатал қарау белгілері:</p> <p>(жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы</p> <p>Бөлме гигиенасы _____</p> <p>(ылғалды тазартудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен емес)</p> <p>Нәресте гигиенасы _____</p>		<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Ана денсаулығының жағдайын бағалау:</p> <p>Сүтбезін қарау: _____</p> <p>Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі</p>		<p>Проблемалар</p>

Ұсыныстар:

Нәресте ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер, емізу және сусын беру режимі).

Тек емшекпен емізу

Психологиялық әлеуметтік дамуды ынталандыру

Жаңа туған нәрестені күту, серуенге шығару режимі

Қауіпсіз орта (киім-кешек, нәрестені күтуге арналған заттарды және ойыншықтарын

таңдауға қойылатын талаптар) және жарақаттану мен жазатайым оқиғаның алдын алу үшін

ата-анасының мінез-құлқы.

*

Микронутриентті жетіспеушілік профилактикасы (темір, А витамині, йод, мырыш)

*

Анасының жеке гигиенасы.

*

1 айлық жасында дәрігерге қаралуға шақыру.

Мейіргер:

1 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргермен қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20______	Жасы: _____	Дене қызуы _____
Салмақ _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____ Бас шеңбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Нәрестені қарау	Терісі: Кіндікбауы _____	Диагноз:
Сілемейлі ауыз қуысы _____	Аңқасы _____	
конъюнктивалар _____		
үлкен еңбегі _____		
Тыныс алу ағзалары: _____		
Тыныс алудың жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____		
Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____;		
Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____		
Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____		
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары	
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p>		

<p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____</p>		
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):</p>		
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме ?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>* Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Н а ш а р т и і п т ұ р Ж а қ с ы т и і п т ұ р Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең с о р ы п ж ұ т у ы) ? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айға ___мм Және шеткі лимфатүйіндері _____</p>		<p>Келесі екпе үшін дәрігерге келуі ___ _____ Келу күні _____</p>
<p>Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)</p>		
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Артта қалмаған ___ ___ эпикризды мерзімге артта қалған Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Күтімді бағалау: 1. Ауру балаға қалай қарау мен медициналық қызметкерге қашан жүгіну ережесін</p>		

б і л е д і 2. Осы ұсынымдарға сәйкес баланы тамақтандыру, дамыту және күтімдер бойынша ұсынымдарды орындайды 3. Анасы қауіп белгілерін біледі ме: 1. Жиі дем алу (минутына 60 -тан артық); 2. Дем алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтереңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5 ⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5 ⁰ С-тен төмен және жылындан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан ірінің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалыңдау.	Күтім проблемалары
Нәрестеге Қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә__Жоқ__
Мамандырылған көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер * Мүмкін болатын кереңдік және көз проблемалары * Нәресте қарым-қатынас жасамайды. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда қиналады. * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, жәбірлену іздерінің бар-жоғы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Проблемалар Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау: Отбасын жоспарлау проблемалары бойынша консультация беру (лактациялық аменорея, презервативтер, ИҚС)	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауындағы ай сайын қарау

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер:

Мейіргер:

1 мен 2 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20______	Жасы:_____	Дене кызуы_____
Салмақ_____гр.	Бойы_____см.	ДСИ_____	Бас шеңбері_____см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			Иә_Жоқ__
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз			Тамақтану проблемалары
*			

<p>Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____</p>		
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):</p>		
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>* Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес жоғары жағынан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Н а ш а р т и і п т ұ р Ж а қ с ы т и і п т ұ р</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Даму проблемалары</p>
<p>Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>		<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (ылғалды тазартудың тұрақтылығы, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____</p>		<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүтбезін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па</p>		<p>Иә ___ Жоқ ___</p>

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика соответственно возрасту.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет) , айғақтар бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәресте даму мақсатында 2 айлығында әкесін нәрестені күтуге белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауындағы ай сайын қарау

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Мейіргер:

2 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20______ Жасы:____ Дене кызуы____ Салмақ____гр. Бойы____см. ДСИ____Бас шеңбері____см Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымдары:	
Н ә р е с т е н і к а р а у Терісі: Кіндікбауы_____ Сілемейлі ауыз қуысы____ Анқасы____ конъюнктивалар_____ үлкен еңбегі_____ Тыныс алу ағзалары:_____ Тыныс алудың жиілігі_____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ)_____ Жүрек ритмі_____; Жүрек шулары_____ Ас қорту ағзалары: іші____ бауыры____ көкбауыры_____ Несеп шығаруы_____; Нәжісі_____	Диагноз:
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә____ Жоқ____ * Нәресте емшек еме ме? Иә____ Жоқ____ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет?____рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә____ Жоқ____ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә____ Жоқ____ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны____ пиаланы және қасықты_____	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):	
Емшекпен емізуді бағалаңыз:	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз: * Иегі емшекке тиіп тұр Иә____ Жоқ____ * Аузы қатты ашық Иә____ Жоқ____ * Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә____ Жоқ____

Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?	<p>*</p> <p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр.</p> <p>Иә _____ Жоқ _____</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Нашар тиіп тұр Жақсы тиіп тұр</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?</p> <p>Мүлде ембейді</p> <p>тиімсіз емеді</p> <p>тиімді емеді</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек	<p>В 1-0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 1 айында _____ мм</p> <p>Және перифериялық лимфатүйіндері _____</p>	Келесі екпе үшін дәрігерге келуі _____ Келу күні _____
Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)		Дозасы ұзақтығы
Психомоторлық даму:	<p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p> <p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған Даму үшін күту проблемаларі
Күтімді бағалау:	<p>1. Ауру балаға қалай қарауды және медициналық қызметкерге қашан жүгінуді біледі</p> <p>2. Осы ұсынымдарға сәйкес баланы тамақтандыру, дамыту және күтімдер бойынша ұсынымдарды орындайды</p> <p>3. Анасы қауіп белгілерін біледі ме:</p> <p>1. Жиі тыныс алу (минутына 60 -тан артық); 2. Тыныс алу жиілігінің азаюы (минутына 30-дан кем); 3. Кеуденің айқын тартылуы; 4. Ентігіп дем алу (экспираторлы ентігу); 5. Құрысулар; 6. Әлсіздік немесе көтереңкі тонус; 7. Дене қызуының 37,5⁰ С-тен жоғары болуы; 8. Дене қызуы <36,5⁰ С-тен төмен және жылырудан кейін де жоғарламайды; 9. Тері қабаты түсінің өзгеруі: цианоз немесе сарғаюдың пайда болуы (нәрестенің өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейін), айқын бозару; 10. Кіндік жарасынан ірінің шығуы немесе кіндік қалдығы айналасындағы теріге өтетін қызару; 11. Кіндік қалдығынан қан кетуі; 12. Теріде 10 пустулдан астам немесе ірі везикулалардың болуы, тері асты негіздің ісуі, қызару, қалындау.</p>	Күтім проблемалары
Нәрестеге қатал қарау белгілері:	(жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә _____ Жоқ _____
<p>Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>*</p> <p>Мүмкін болатын керемдік және көз проблемалары</p> <p>*</p> <p>Нәресте қарым-қатынас жасамайды.</p> <p>*</p>		Проблемалар Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандырылған көмекті таңдап, көмекпен

Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда киналады. * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық зорлық-зомбылық іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау: Отбасын жоспарлау проблемалары бойынша консультация беру (лактациялық аменорея, презервативтер, ІҚС)	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика соответственно возрасту.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

2 айлық жаста дәрігер қабылдауында шақыру

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер/фельдшер:

Мейіргер:

2 мен 3 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____.	Дене қызуы _____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә __ Жоқ ____
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә __ Жоқ ____ * Нәресте емшек еме ме? Иә __ Жоқ ____ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә __ Жоқ ____ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә __ Жоқ ____ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):	

<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>*</p> <p>Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр.</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ</p> <p>Н а ш а р т и і п т ұ р</p> <p>Ж а қ с ы т и і п т ұ р</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы) ?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (жуып-жинаудың үнемілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүтбезін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па</p>		<p>Иә ___ Жоқ ___</p>

Ұсыныстар:

Тек емшекпен емізу практикасы.

Анасының дұрыс тамақтануы.

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге 3 айында шақырылды.

Мейіргер:

Нәрестенің 3 айлығында дәрігердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені қарау			
Терісі:			
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы			
Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы конъюнктивалар _____			

үлкен енбегі _____			
Тыныс ағзалары: _____			
Тыныс жиілігі _____		Диагноз:	
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____			

<p>_____ Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____</p> <p>к ө к б а у ы р ы _____</p> <p>Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
<p>*</p> <p>Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет</p> <p>*</p> <p>Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___</p> <p>Ж о қ _ _ _ _</p> <p>Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет</p> <p>және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____</p> <p>_____ пиаланы және қасықты _____</p>	
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):</p>	
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз:</p> <p>Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>*</p> <p>Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>*</p> <p>Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>*</p> <p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ</p> <p>Н а ш а р т и і п т ұ р</p> <p>Ж а қ с ы т и і п т ұ р</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?</p> <p>Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>
<p>Егу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек</p>	

В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1	Келесі егу үшін дәрігерге келу _____
В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2	Келу күні _____
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 3 айында _____ мм	
Және перифериялық лимфатүйіндері _____	
Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)	Дозасы ұзақтығы
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге а р т т а қ а л ғ а н Даму үшін күту проблемалары
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ іші алмайды 2. Ұйқылы не ессіз 3. Анамнездегі құрысулар 4. Тамақтанған және сусын ішкен сайын құсу және осы ұсыныстарға сәйкес нәрестені күту ережелері * Тамақтандыру, даму және күту бойынша ұсыныстарды орындайды * Ауру балаға қарау ережелерін біледі: тамақтандыру, сусын ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгінуді біледі	Күтім проблемалары
Нәрестеге Қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемей, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә __ Жоқ __
Мамандырылған көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер * Мүмкін болатын керендік және көз проблемалары * Нәресте қарым-қатынасқа түспейді. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда қиналады * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық жәбірлеудің іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Пр о б л е м а л а р Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауына 3 айында шақыру

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер:

3 пен 4 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

--

Қаралу күні 20______Жасы: ____ Дене кызуы _____

Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____

Қауіпті белгілерді бағалаңыз:

*

Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?

*

Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?

*

Құрысулар болды ма?

*

Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?

Иә __Жоқ__

Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз

Тамақтану проблемалары

*

Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә __Жоқ__

*

Нәресте емшек еме ме? Иә __Жоқ__

*

Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____рет

*

Түнде емшек емізесіз бе? Иә __Жоқ__

*

Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә __Жоқ__

*

Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____пиаланы және қасықты _____

Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):

Емшекпен емізуді бағалаңыз:
Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?

Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

*

Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:

*

Иегі емшекке тиіп тұр Иә __Жоқ__

*

Аузы қатты ашық Иә __Жоқ__

*

Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә __Жоқ__

*

Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр.

Иә __Жоқ__

Емшекке тиіп тұрған жоқ

Н а ш а р т и і п т ұ р

Ж а қ с ы т и і п т ұ р

Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)?

Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді

	*		
	Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).		
Дамыту Балаңызбен Балаңызбен қалай сөйлесесіз?	максатындағы қалай	күтімді	бағалау ойнаысыз?
Нәрестеге (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	қатал	қараудың	белгілері:
Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (жуып-жинаудың үнемілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25 ⁰ С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____			
Ана Сүтбезін Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі	денсаулығының қарау: _____	жағдайын	бағалау:
Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па			Иә_Жоқ__

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге 4 айында шақырылды.

Мейіргер:

4 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргер қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені қарау		Диагноз:	
Терісі:			
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы			
Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы конъюнктивалар _____			

үлкен еңбегі _____			
Тыныс ағзалары: _____			
Тыныс жиілігі _____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____			
____ Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____			
_ _ ;			
Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____			
к ө к б а у ы р ы _____			
Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____			
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз		Тамақтану проблемалары	
<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ____ Ж о қ _ _ _ _</p> <p>Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____</p>			

Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):

<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз: * Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ * Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ * Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___ * Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Н а ш а р ти і п тұ р Ж а қ с ы ти і п тұ р Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 3 айында _____ мм Және перифериялық лимфатүйіндері _____</p>	<p>Келесі егу үшін дәрігерге келу _____ Келу күні _____</p>	
<p>Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)</p>	<p>Дозасы ұзақтығы</p>	
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге а р т т а қ а л ғ а н Даму үшін күту проблемалары</p>	
<p>Күтімді бағалау: *</p>		

Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ іші алмайды 2. Ұйқылы не ессіз 3. Анамнездегі құрысулар 4. Тамақтанған және сусын ішкен сайын құсу және осы ұсыныстарға сәйкес нәрестені күту ережелері * Тамақтандыру, даму және күту бойынша ұсыныстарды орындайды * Ауру балаға қарау ережелерін біледі: тамақтандыру, сусын ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгінуді біледі	Күтім проблемалары
Нәрестеге қатал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә__Жоқ__
Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Мүмкін болатын керендік және көз проблемалары * Нәресте қарым-қатынасқа түспейді. * Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда киналады * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық жәбірлеудің іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Пр о б л е м а л а р қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауына 4 айында шақыру

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа

Дәрігер:

Мейіргер:

4 пен 5 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____.	Дене	қызуы ____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____				
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:				
* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?				
* Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?				
* Құрысулар болды ма?				
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?				
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз				Тамақтану проблемалары

<p>* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет</p> <p>* Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____</p>		
<p>Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):</p>		
<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.</p> <p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз:</p> <p>* Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жоқ ___</p> <p>* Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жоқ Н а ш а р т и і п т ұ р Ж а қ с ы т и і п т ұ р</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>* Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (жыып-жинаудың үнемілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____</p>		<p>Проблемалар</p>
<p>Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүтбезін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі</p>		<p>Проблемалар</p>

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен емізу практикасы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-

аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге 5 айында шақырылды.

Мейіргер:

5 айында нәрестенің дәрігер мен мейіргермен қабылдау кезінде қаралуы

Қаралу күні 20__ \ __ Жасы: __ Дене кызуы __ Салмағы __ гр. Бойы __ см. ДСИ __ Бас шеңбері __ см Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Нәрестені қарау Терісі: Шеткі лимфатүіндердің жағдайы Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы конъюктивалар _____ ----- үлкен еңбегі _____ Тыныс ағзалары: _____ Тыныс жиілігі _____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ _____ Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____ _____ ; Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көк бауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____	Диагноз:	
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары	
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте емшек еме ме? Иә ___ Жоқ ___ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә ___ Ж о қ _ _ _ _ Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ _пиаланы және қасықты _____		
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):		
	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз. * Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз: * Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___ Жоқ ___ * Аузы қатты ашық Иә ___ Жоқ ___ *	

<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___ Жок ___</p> <p>*</p> <p>Ареоланың басым бөлігі ауыздың төменнен емес жоғарыдан көрініп тұр. Иә ___ Жок ___</p> <p>Емшекке тиіп тұрған жок Н а ш а р ти і п тұ р Ж а қ с ы ти і п тұ р</p> <p>Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып жұтуы)? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді</p> <p>*</p> <p>Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін жасалынуы тиіс егулердің астын сызу керек В 1- 0 гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың дамуының қарқынын бағалау 3 айында _____ мм Және перифериялық лимфатүйіндері _____</p>	<p>Келесі егу үшін дәрігерге келу _____ Келу күні _____</p>	
<p>Рахит профилактикасы арнайы емес (серуенге шығу кезінде жеткілікті күн сәулесін қабылдау), Д витаминімен арнайы профилактика (айғақтар бойынша)</p>	<p>Дозасы ұзақтығы</p>	
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә = Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге а р т т а қ а л ғ а н Даму үшін күту проблемалары</p>	
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ іші алмайды 2. Ұйқылы не ессіз 3. Анамнездегі құрысулар 4. Тамақтанған және сусын ішкен сайын құсу және осы ұсыныстарға сәйкес нәрестені күту ережелері * Тамақтандыру, даму және күту бойынша ұсыныстарды орындайды * Ауру балаға қарау ережелерін біледі: тамақтандыру, сусын ішу режимі, медициналық көмекке қашан жүгінуді біледі</p>	<p>Күтім проблемалары</p>	
<p>Нәрестеге катал қарау белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жок ___</p>	
<p>Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Мүмкін болатын керемдік және көз проблемалары</p>		

* Нәресте қарым-қатынасқа түспейді.	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
* Жүрген кезде тепе-теңдік ұстауда киналады	
* Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық жәбірлеудің іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса)	
* Тәбетінің нашарлауы.	
Анасының тамақтануы мен денсаулығын бағалау	Проблемалар
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

- *
Тек емшекпен емізу практикасы.
- *
Анасының дұрыс тамақтануы.
- *
Жасына сәйкес психоәлеуметтік және моторлы даму (Анаға ескертпе).
- *
Жасына сәйкес массаж және гимнастика.
- *
Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет)
, айғақтар
бойынша Д витаминімен арнайы профилактика
- *
Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).
- *
Вакцинациялау (уақтылы өткізу, егулерге қарай мүмкін болатын реакциялар және ата-аналардың мінез-құлқы, егулер қандай инфекциялардан қорғайды)
- *
Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

ҚҰЛҚЫ.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауына 5 айында шақыру.

*

Мамандардан консультация алу және айғақтар бойынша зертхана зерттеулері

*

Басқа.

5 пен 6 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____.	Дене кызуы _____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә __ Жоқ ____
Емізумен проблемасы бар-жоғын анықтаңыз	Тамақтану проблемалары
* Емізген кезде қиындықтар бар ма? Иә __ Жоқ ____ * Нәресте емшек еме ме? Иә __ Жоқ ____ * Егер Иә, 24 сағат ішінде неше рет? _____ рет * Түнде емшек емізесіз бе? Иә __ Жоқ ____ * Нәресте басқа тағам немесе сұйықты қабылдай ма Иә __ Жоқ ____ * Егер Иә болса, қаншалықты жиі? тәулігіне _____ рет және тамақтандырған кезде нені қолданасыз құмыраны _____ пиаланы және қасықты _____	
Егер нәрестенің жасы 1 айдан кем болса немесе тамақтандырған кезде қандай-да бір қиындықтар болса (емшекпен емізуде қиындықтар; егер ол тәулігіне 8 реттен кем тамақтанса; тағамның немесе сұйықтықтың басқа түрлерін қабылдайды; немесе өз жасы үшін салмағы төмен):	
	Егер нәресте соңғы сағат ішінде тамақтандырылмаса, анасынан оны емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

<p>Емшекпен емізуді бағалаңыз: Соңғы сағат ішінде нәресте емшек емді ме?</p>	<p>* Нәресте емшекті ала алады ма? Емшек беруді тексеру үшін мыналарды қараңыз: * Иегі емшекке тиіп тұр Иә ___Жоқ___ * Аузы қатты ашық Иә ___Жоқ___ * Төменгі ерні сыртқа шығып тұр Иә ___Жоқ___ * Ареоланың басым бөлігі ауыздың төмен жағынан емес, жоғарғы жағынан көрініп тұр. Иә ___Жоқ___ Емшекке тиіп тұрған жоқ Н а ш а р т и і п т ұ р Ж а қ с ы т и і п т ұ р Нәрестенің емшек емуі тиімді ме (үзіліс жасап баяу терең сорып ж ұ т у ы) ? Мүлде ембейді тиімсіз емеді тиімді емеді * Аузынан жаралар не ақ дақтар іздеңіз (аузының уылуы).</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>		Проблемалар
<p>Нәрестеге қатал қараудың белгілері: (жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>		Проблемалар
<p>Күтім жағдайын бағалау: Бала төсегінің, күтім заттарының, бала киім-кешегінің болуы Бөлме гигиенасы _____ (жуып-жинаудың үнемілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы бөлме - t 25⁰С-тен төмен емес) Нәресте гигиенасы _____</p>		Проблемалар
<p>Ана денсаулығының жағдайын бағалау: Сүтбезін қарау: _____ Анасының тамақтануы және ұйқы мен демалыс режимі</p>		Проблемалар
<p>Қорытынды: Дәрігер ұсынымдары орындала ма, әлде жоқ па</p>		Иә ___Жоқ___

Ұсыныстар:

*

Тек емшекпен ғана емізу тәжірибесі

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік және моторлық дамуы (Анасына Ескертпе).

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), сәулесін жеткілікті қабылдау, көрсетілім

бойынша Д витаминімен арнайы алдын алу.

*

Нәресте ауырған жағдайда көңіл бөлу және күтім ережелері (қауіпті белгілер, қашан көмекке

жүгіну қажет, тамақтану және ішу тәртібі)

*

Вакцинациялау (уақытында жүргізу, егуде болатын реакциялар және ата-анасының мінез-

құлқы, екпелер қандай жұқпалардан қорғайды)

*

Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат және бақытсыз жағдайдың алдын алу.

*

Нәрестені дамыту мақсатындағы күтімге әкесін белсенді қатыстыру.

*

6 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер:

6 айлығында нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені қарау		Терісі:	
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы		Сілемейлі ауыз қуысы	
Аңқасы конъюктивалар _____		_____	
үлкен еңбегі _____		_____	
Тыныс ағзалары: _____		_____	
Тыныс жиілігі _____		_____	
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____		Диагноз:	
_____ Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____		_____ ;	
_____ ;		_____ ;	

<p>Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көк бауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Балаңызбен қалай ойнайсыз? Балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? _____</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Баланы емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ___</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл .</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ _____ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p>	

Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау_____мм Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы	Келесі егуге келу_____ Келу күні___
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3.анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә__Жоқ__
Мамандырылған көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Мүмкін болатын керендік және көз проблемалары * Нәресте қарым-қатынасқа түспейді. * Жүрген кезде тепе-тендік ұстауда қиналады * Нәрестенің мінез-құлқында түсініксіз өзгерістер, физикалық жәбірлеудің іздердің болуы (әсіресе, егер нәресте басқа адамдардың қарауында болса) * Тәбетінің нашарлауы.	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емшекпен емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық дамуы.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігерге ай сайын қаралу.

*

Басқа.

Дәрігер:

Мейіргер:

6 мен 7 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20______	Жасы:_____	Дене қызуы_____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____			

<p>Қауіпті белгілерді бағалаңыз:</p> <p>* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?</p>	<p>Иә __ Жоқ ____</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Дамыту үшін күтім проблемалары</p>
<p>Психомоторлық дамуды бағалау:</p> <p>Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе м а з а л а м а й м а ?</p> <hr/> <p>Емшекпен қоректендіру</p> <p>1. Баланы емізесіз бе? Иә __ Жоқ __ Иә болса, тәулігіне неше рет? ____ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә __ Жоқ __</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә __ Жоқ __ Иә болса, ____ мл ____ рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ____</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ____ _ _ _ м л .</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою __ Қою емес __ _ _ _</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә __ Жоқ __ неше күн ____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә __ Жоқ __ неше күн ____</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә __ Жоқ __ _ _ _ н е ш е к ү н</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә __ Жоқ __</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке __ _ пиала және қасық _____</p>	

<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____мм Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы</p>	<p>Келесі егуге келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3.анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә__Жоқ__</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (кұлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту * Бала қарым-қатынасқа түспейді.</p>	<p>Проблемалар Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)</p>
<p>Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар

бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

7 айында дәрігердің қабылдауына шақырылады.

7 айлығында нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

--

Қаралу күні 20 \ \ Жасы: Дене кызуы
 Салмағы гр. Бойы см. ДСИ Бас шеңбері см

Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:

Анасының шағымдары:

Н ә р е с т е н і к а р а у
 Т е р і с і :
 Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы
 Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы конъюнктивалар _____
 –
 үлкен еңбегі _____
 Тыныс ағзалары: _____
 Тыныс жиілігі _____
 ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____
 _____; Жүрек шулары _____;
 Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____
 Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____

Диагноз:

Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау
 Балаңызбен қалай ойнайсыз?
 Балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Даму үшін күту проблемалары

Психомоторлық даму:
 Д о =
 Д р =
 Р а =
 Р п =
 Н =
 Э =

Артта қалмаған _____
 эпикризды мерзімге
 артта қалған

Тамақтануды бағалау

Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?

Емшекпен қоректендіру
 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___
 Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет
 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___

3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___
 Иә болса, ___ мл ___ рет күніне

1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____
 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___
 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ мл.
 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___
 6. Өткен аптада бала жеді:
 *
 Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___
 *
 Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___
 *
 Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн
 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___
 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____

Егу жағдайын тексеріңіз:	
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,	
V 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1	Келесі егуге келу _____
V 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2	_ _
V 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3	Келу күні ___
О П В - 3	
О П В - 0	
Қызылша + қызылша + паротит	
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм	
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы	
Күтімді бағалау:	
* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу	Күтім проблемалары
* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі	
* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды	
* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері:	Иә __ Жоқ __
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер	
* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі	
* Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)	
* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы	
* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту	
* Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау	
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері,

тамақты дайындау мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Жеткілікті күн сәулесін қабылдау және күнделікті серуенге шығу (күніне 1-2 рет), айғақтар бойынша Д витаминімен арнайы профилактика

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайын дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер:

Мейіргер:

7 мен 8 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____.	Дене кызуы _____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____			
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:			
* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?			
* Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?			Иә __ Жоқ ____
* Құрысулар болды ма?			
* 			

Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық дамуды бағалау: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жок ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жок ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жок ___ Иә болса, ___ мл ___ рет күніне	
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жок ___ неше күн ___ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жок ___ неше күн ___ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жок ___ неше күн	
7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жок ___ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық ___	
Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызылша + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы	Келесі егуге келу _____ Келу күні _____
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу *	

және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә__Жоқ__
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту * Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

8 айында дәрігердің қаралуына шақырылды.

Мейіргер:

8 айлық жасында нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдау кезінде қаралуы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені қарау	Диагноз:		
Терісі:			
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы			
Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы конъюнктивалар _____			
— үлкен еңбегі _____			
Тыныс ағзалары: _____			
Тыныс жиілігі _____	Даму үшін күту проблемалары		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____			
_____ ; Жүрек шулары _____ ;			
Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____			
Несеп шығаруы _____ ; Нәжісі _____			
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау	Даму үшін күту проблемалары		
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?			
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			
Д о =			
Д р =			
Р а =			
Р п =			
Н =			
Ә =			
Тамақтануды бағалау			

<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, ___ мл ___ рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызамық + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі</p> <p>* </p>	

Басын жиі қозғалту (кұлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту * Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	бағалау
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және

ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайын дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер

Мәйірбике

8 бен 9 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20______ Жасы: ____.	Дене қызуы _____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____	
Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә ___ Жоқ ___
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамыту үшін күтім проблемалары
Психомоторлық дамуды бағалау: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? _____	
Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? _____ рет	
2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, ___ мл _____ рет күніне	
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз _____ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____	

<p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық ___</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызылша + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау ___ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____</p> <p>Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі</p> <p>* Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)</p> <p>* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы</p> <p>* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді.</p>	
<p>Анасының денсаулығын бағалау</p> <p>1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*
Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуға үйсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

9 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер:

9 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Нәрестені		қ а р а у	
Т е р і с і :			
Шеткі	лимфатүйіндердің	жағдайы	

<p>Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы конъюнктивалар _____</p> <p>– үлкен еңбегі _____</p> <p>Тыныс ағзалары: _____</p> <p>Тыныс жиілігі _____</p> <p>ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____</p> <p>_____ ; Жүрек шулары _____ ;</p> <p>Ас қорту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____</p> <p>Несеп шығаруы _____ ; Нәжісі _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау</p> <p>Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?</p> <p>Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Психомоторлық даму:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Ә =</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған _____</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет? _____ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>Иә болса, _____ мл _____ рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____</p> <p>4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке _____ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызамық + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	

<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі</p> <p>* Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)</p> <p>* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы</p> <p>* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді.</p>	
<p>Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайын дәрігердің қабылдауына бару.

Дәрігер:

Мейіргер:

9 бен 10 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні	20______	Жасы: ____.	Дене қызуы _____
Анасының нәресте денсаулығына шағымдар бар ма _____			
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:			Иә __Жоқ__
* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?			
* Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?			
* Құрысулар болды ма?			
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?			
Дамыту Сіз	мақсатындағы балаңызбен	күтімді қалай	бағалау ойнайсыз?
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық дамуды		бағалау:	
Д	о	=	
Д	р	=	
Р	а	=	
Р	п	=	
Н		=	
Ә	=		

Тамақтануды бағалау		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?		
----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____ Иә болса, тәулігіне неше рет? ____ рет 2. Түнде емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____		
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ____ Жоқ ____ Иә болса, ____ мл ____ рет күніне		
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ____ Нәрсіз ____ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ____ мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ____ Қою емес ____ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____ * Бұршақ тұқымдастар Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ____ Жоқ ____ неше күн 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ____ Жоқ ____ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ____ пиала және қасық ____		
Е г у жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызыл аяқ + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау ____ мм		Келесі егуге келу ____ Келу күні ____ —
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін		Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		Иә ____ Жоқ ____
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі *		

Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)	
* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы	
* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту	
* Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын	бағалау
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлық.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

10 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер:

10 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20__ \ __	Жасы: __	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____ Бас шеңбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Нәрестені қарау		
Терісі:		
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы		
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Конъюнктивалар _____		

үлкен еңбегі _____	Диагноз:	
Тыныс ағзалары: _____		
Тыныс жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____		
_____ ; Жүрек шулары _____ ;		
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____		
Несеп шығаруы _____ ; Нәжісі _____		
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау	Даму үшін күту проблемалары	
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?		
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?		
Психомоторлық даму:		
Д о =		
Д р =		
Р а =		
Р п =		
Н =		
Ә =		
Тамақтануды бағалау		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?		

Е м і з у		
1. Емізесіз бе? Иә _____ Жок _____		
Иә болса, тәулігіне неше рет? _____ рет		
2. Түнде емізесіз бе? Иә _____ Жок _____		
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә _____ Жок _____		
Иә болса, _____ мл _____ рет күніне		
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____		
2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____		
3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____		
4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.		

<p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес _____</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызылша + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	
<p>Балаға қатаң қарау белгілері:</p> <p>Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі</p> <p>* Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін)</p> <p>* Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы</p> <p>* Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді.</p>	
<p>Анасының денсаулығын бағалау</p> <p>1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бектілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайынғы дәрігердің қабылдауында тексерілу.

Дәрігер:

Мейіргер:

10 және 11 ай аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ . Дене қызуы ____

Анасының шағымы

Қауіпті белгілерді бағалаңыз: * Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?		Иә__Жоқ__ —
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?		
Психомоторлық дамуды бағалау: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә=		
Тамақтануды бағалау		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә____Жоқ____ Иә болса, тәулігіне неше рет? _____рет 2. Түнде емізесіз бе? Иә__Жоқ__		
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә__ __Жоқ__ Иә болса, _____мл _____рет күніне		
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою____Қою емес____ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә__Жоқ__ неше күн ____ * Бұршақ тұқымдастар Иә__Жоқ__ неше күн ____ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә__Жоқ__ неше күн 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә__Жоқ__ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ____ пиала және қасық____		
Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3		Келесі егуге келу_____

О П В - 0 Қызамық + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм	Келу күні ____ ____
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә __ Жоқ __
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту * Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

11 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер:

11 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20____	Жасы: __	Дене қызуы _____
Салмағы _____ гр.	Бойы _____ см.	ДСИ _____ Бас шеңбері _____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымдары:		
Нәрестені қарау		
Терісі:		
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы		
Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы Конъюктивалар _____		

үлкен еңбегі _____		Диагноз:
Тыныс ағзалары: _____		
Тыныс жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖҚЖ) _____	Жүрек ритмі _____	
_____;	Жүрек шулары _____;	
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____	көкбауыры _____	
Несеп шығаруы _____;	Нәжісі _____	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау		Даму үшін күту проблемалары
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?		
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?		
Психомоторлық даму:		
Д о =		

Д р = Р а = Р п = Н = Ә=	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?	
Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, ___ мл ___ рет күніне	
1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? ___ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ___ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ мл. 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық ___	
Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау ___ мм	
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	

Балаға қатан қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі * Басын жиі қозғалту (құлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту * Бала қарым-қатынасқа түспейді.	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэмоционалдық даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Ай сайынғы дәрігердің қабылдауында тексерілу.

Дәрігер:

Мейіргер:

11 мен 12 айлық нәрестелердің үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ . Дене қызуы _____	
Анасының шағымы	
<p>Қауіпті белгілерді бағалаңыз:</p> <p>* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? * Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?</p>	Иә __ Жоқ ____
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	Дамыту үшін күтім проблемалары
<p>Психомоторлық дамуды бағалау:</p> <p>Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	Артта қалмаған Эпикризді мерзімге _____ дейін артта қалған
Тамақтануды бағалау	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе ма з а л а м а й ма ?</p> <p>_____</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____ Иә болса, тәулігіне неше рет? _____ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ____ Жоқ ____ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне</p>	

<p>5. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>6. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ____</p> <p>7. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____</p> <p>8. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ м л .</p> <p>9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____</p> <p>10. Өткен аптада бала жеді: *</p> <p>Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә _____ Жоқ _____</p> <p>_____ н е ш е _____ к ү н</p> <p>11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p> <p>12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке _____ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: *</p> <p>Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу *</p> <p>және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі *</p> <p>Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә _____ Жоқ _____</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер *</p> <p>Аяқ бұлшық еттерінің гипертонусы және/немесе қозғалыстың шектелуі *</p>	

Басын жиі қозғалту (кұлақ ауруы мүмкін) * Дыбысқа, таныс адамға немесе емшек емуге реакциясының төмендеуі немесе болмауы * Емшектен немесе басқа тағамнан бас тарту * Бала қарым-қатынасқа түспейді.	Проблемалар Қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

12 айында дәрігердің қабылдауына шақырылды.

Мейіргер:

12 айлық нәрестінің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні	20__ \ __	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестені қолданып, физикалық дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымдары:			
Б а л а н ы	қ а р а у	Диагноз:	
Т е р і с і :			
Шеткі лимфатүйіндердің	жағдайы		
Ауыз қуысының шырышты қабаты			
А ң қ а с ы			
Коньюктивалар _____			
үлкен еңбегі _____			
Тыныс ағзалары: _____			
Тыныс жиілігі _____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____			
Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____			
_____ ;			
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____			
к ө к б а у ы р ы _____			
Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____			
Арнайы көмек қажет ететін қауіпті белгілер			
Есту қабілеті бойынша көру қабілеті бойынша			
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау		Даму үшін күту проблемалары	
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?			
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:		Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қ а л ғ а н	
Д о =			
Д р =			
Р а =			
Р п =			
Н =			
Ә =			
Тамақтануды бағалау			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе			
м а з а л а м а й			
_____ м а ?			
Е м і з у			
1. Емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____			
Иә болса, тәулігіне неше рет? ____ рет			
2. Түнде емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____			

<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___ Иә болса, _____ мл _____ рет күніне</p>	
<p>1. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 2. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ___ 3. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _ ___ Н ә р с і з _____ 4. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ _ _ _ м л . 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___ _ _ _ 6. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ _ _ _ н е ш е _ _ _ к ү н 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ _ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____ Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3.анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға Қатаң қарау белгілері: жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер *</p>	

Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді *	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Қозғалған затқа қарамайды *	
Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза *	
Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Емізуді жалғастыру

*

Қосымша тамақ беру: 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген әдістік ұсыныстарға сәйкес

тиімді қосымша тамақ беру, азықты таңдау мен дайындаудың ережелері, тамақты дайындау

мен сақтаудың гигиеналық ережелері, дүркінділік пен көлемі, тағам құндылығы.

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*
Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*
Әр тоқсан сайын дәрігердің қабылдауына келу.

*
Жалпы қан талдауы, жалпы зәр талдауы, гельминттер жұмыртқаларын анықтау үшін нәжіс тапсыру.

*
хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог мамандарының кеңесі
Дәрігер:
Мейіргер:

**1 Жастағы профилактикалық тексеріп-қарау парағы
(жеке мамандардың қарауы, талдаулардың нәтижесі және педиатрдың қорытындысы) 1 жас 3 ай аралығындағы нәрестенің үйіне мейіргердің баруы**

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ . Дене қызуы _____					
Анасының шағымы					
Қауіпті белгілерді бағалаңыз:					
* Бала сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?					
* Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма?					
* Құрысулар болды ма?					
* Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?					
Дамыту		мақсатындағы		күтімді	бағалау
Сіз		балаңызбен		қалай	ойнайсыз?
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?					
Психомоторлық			дамуды		бағалау:
Д	о	=			
Д	р	=			
Р	а	=			
Р	п	=			
Н		=			
Ә=					
Тамақтануды бағалау					
Балаңызды		тамақтандыруға		қатысты	ештеңе мазаламай ма?

<p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет? _____ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>										
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, _____ мл _____ рет күніне</p>										
<p>9. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>10. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>11. Жеңіл-желпі тамақандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>12. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн _____</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____</p>										
<p>Е гу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <table border="0"> <tr> <td>V 1- 0 типті гепатит БЦЖ</td> <td>АКДС 1 + hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>V 2 типті гепатит ОПВ-1</td> <td>АКДС 2+ hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>V 3 типті гепатит ОПВ-2</td> <td>АКДС 3 + hib</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Қызамық + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	V 1- 0 типті гепатит БЦЖ	АКДС 1 + hib	1	V 2 типті гепатит ОПВ-1	АКДС 2+ hib	2	V 3 типті гепатит ОПВ-2	АКДС 3 + hib	3	<p>Келесі еуге келу _____</p> <p>Келу күні _____</p> <p>—</p>
V 1- 0 типті гепатит БЦЖ	АКДС 1 + hib	1								
V 2 типті гепатит ОПВ-1	АКДС 2+ hib	2								
V 3 типті гепатит ОПВ-2	АКДС 3 + hib	3								
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>									
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>									
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Қозғалған затқа қарамайды</p> <p>* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза</p> <p>* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады</p>										

Анасының денсаулығын бағалау
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру
Қорытынды:

Ұсыныстар:

*

Баланың оңтайлы тамақтануы (отбасы үстелінен толық бес реткі тамақтану, емшекпен тамақтандыруды жалғастыру)

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, жеткілікті инсоляция.

*

Нәресте ауырған жағдайда көңіл бөлу және күтім ережелері (қауіпті белгілер, қашан көмекке жүгіну қажет, тамақтану және ішу тәртібі)

*

Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат және бақытсыз жағдайдың алдын алу.

*

Нәрестені дамыту мақсатындағы күтімге әкесін белсенді қатыстыру.

*

24 айға дейін тоқсанда 1 рет дәрігердің қабылдауында тексерілу және 24 айдағы мамандар

консультациясы, зертханалық зерттеуі.

Мейіргер:

1 жас 3 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

--

Қаралу күні 20 \ \ Жасы: Дене қызуы _____
 Салмағы _____ гр. Бойы _____ см. ДСИ _____ Бас шеңбері _____ см
 Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:

Анасының шағымы:

Б а л а н ы к а р а у
 Т е р і с і :
 Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы
 Ауыз қуысының шырышты қабаты
 Аңқасы _____
 Конъюнктивалар _____
 үлкен еңбегі _____ Диагноз:
 Тыныс ағзалары: _____
 Тыныс жиілігі _____
 ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____
 _____; Жүрек шулары _____;
 Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____
 Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____

Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау
 Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Даму үшін күту проблемалары
 Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

П с и х о м о т о р л ы қ д а м у :
 Д о =
 Д р =
 Р а =
 Р п =
 Н =
 Э =

Артта қалмаған _____
 эпикризды мерзімге
 артта қалған

Тамақтануды бағалау

Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?

 Е м і з у
 1. Емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____
 Иә болса, тәулігіне неше рет? _____ рет
 2. Түнде емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____

3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә _____ Жоқ _____
 Иә болса, _____ мл _____ рет күніне

13. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____
 14. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____
 15. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____
 16. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.
 5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____
 6. Өткен аптада бала жеді:
 *
 Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____
 *
 Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____
 *
 Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә _____ Жоқ _____ неше күн
 7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____
 8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке _____ пиала және қасық _____

Егу жағдайын тексеріңіз:	
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,	
В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1	Келесі егуге келу _____
В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2	
В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3	
О П В - 3	Келу күні ___
О П В - 0	
Қызылша + қызылша + паротит	
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм	
Күтімді бағалау:	
* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу	Күтім проблемалары
* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі	
* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды	
* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	
Балаға қатаң қарау белгілері:	Иә __ Жок __
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер	
* бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді	
* Қозғалған затқа қарамайды	
* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза	
* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын бағалау	
1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*
Баланы тиімді тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру. (Емізуді жалғастыру).

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-

құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,

12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Дәрігер:

Мейіргер:

1 жыл 6 ай жас аралығында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ Дене қызуы ____				
Анасының шағымы:				
Дамыту	мақсатындағы	күтімді	бағалау	Дамытуға арналған күтім мәселесі
Сіз	балаңызбен	қалай	ойнайсыз?	
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?				
Психомоторлық даму:				Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған
Д	о	=		
Д	р	=		
Р	а	=		
Р	п	=		
Н		=		
Ә		=		
Тамақтануды бағалау				

<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, ___ мл ___ рет күніне</p>	
<p>5. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>6. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>7. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>8. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.</p> <p>9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___</p> <p>10. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн</p> <p>11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____</p>	
<p>Егу жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызамық + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____</p> <p>Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Қозғалған затқа қарамайды</p> <p>* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймарал</p>	

* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	бағалау
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Баланы тиімді тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру. (Емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,
12 және 24 айында мамандарының кеңесі.
Мейіргер:

1 жыл 6 айлық жасында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ Дене қызуы ____	
Анасының шағымы:	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамытуға арналған күтім мәселесі
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?	
Е м і з у	
1. Емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____ Иә болса, тәулігіне неше рет? ____ рет	
2. Түнде емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ____ Жоқ ____ Иә болса, ____ мл ____ рет күніне	
9. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? ____	
10. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ____	
11. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ____ Нәрсіз ____	
12. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ____ мл.	
9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ____ Қою емес ____	
10. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____ * Бұршақ тұқымдастар Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ____ Жоқ ____ неше күн	
11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ____ Жоқ ____	
12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ____ пиала және қасық ____	
Егу жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау ____ мм	Келесі егуге келу ____ ____ Келу күні ____
Күтімді бағалау: *	

Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	Күтім проблемалары
Балаға Қатаң қарау белгілері: (Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә__Жоқ__
Арнайы көмекті қажет ететін Қауіпті белгілер * Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді * Қозғалған затқа қарамайды * Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймарал * Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Баланы тиімді тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,
12 және 24 айында мамандарының кеңесі.
Мейіргер:

1 жыл 6 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____ Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:		
Анасының шағымы:		
Б а л а н ы	к а р а у	
Т е р і с і :		
Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы		
Ауыз қуысының шырышты қабаты		
Аңқасы _____		
Конъюнктивалар _____		
үлкен еңбегі _____	Диагноз:	
Тыныс ағзалары: _____		
Тыныс жиілігі _____		
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ритмі _____		
_____ ; Жүрек шулары _____ ;		
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____ көкбауыры _____		
Несеп шығаруы _____ ; Нәжісі _____		
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау	Даму үшін күту	
Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?	проблемалары	
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?		
Психомоторлық даму :		
Д о =		
Д р =		
Р а =		
Р п =		
Н =		
Ә =		
Тамақтануды бағалау		

<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?</p> <p>Е м і з у</p> <p>1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет</p> <p>2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>	
<p>3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Иә болса, ___ мл ___ рет күніне</p>	
<p>17. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____</p> <p>18. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____</p> <p>19. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___</p> <p>20. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.</p> <p>5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___</p> <p>6. Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___</p> <p>* Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн</p> <p>7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____</p>	
<p>Е Г У жағдайын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызамық + қызылша + паротит</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>	<p>Келесі егуге келу _____</p> <p>Келу күні _____</p>
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p>	

Қозғалған затқа қарамайды *	
Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза *	
Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	бағалау
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Баланы тиімді тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру. (Емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоәлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,

12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Дәрігер:

Мейіргер:

1 жыл 9 айлық жасында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ __ Жасы: __ Дене қызуы __	
Анасының шағымы:	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамытуға арналған күтім мәселесі
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған _____
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жок ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жок ___ 3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жок ___ Иә болса, ___ мл ___ рет күніне 13. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 14. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ___ 15. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___ 16. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ мл. 9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___ 10. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жок ___ неше күн ___ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жок ___ неше күн ___ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жок ___ неше күн 11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жок ___ 12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____	

ЕГУ жағдайын тексеріңіз:
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,
В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1
В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2
В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3
О П В - 3
О П В - 0
АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау
Қызамық +қызылша + паротит
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау

	Келу күні ____
<p>Күтімді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу</p> <p>* Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін</p>	Күтім проблемалары
<p>Балаға қатан қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)</p>	Иә __ Жоқ __
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді</p> <p>* Қозғалған затқа қарамайды</p> <p>* Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймарал</p> <p>* Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады</p>	
<p>Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
ҚОРЫТЫНДЫ:	

Ұсыныстар:

*
Баланы тиімді тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*
Жасына сәйкес психоэлеметтік даму.

*
Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*
Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алу қауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,
12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Мейіргер:

1 жыл 9 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қаралуы

Қаралу күні	20__ \ ____	Жасы: ____	Дене қызуы ____
Салмағы ____ гр.	Бойы ____ см.	ДСИ ____	Бас шеңбері ____ см
Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:			
Анасының шағымы:			
Б а л а н ы	к а р а у		Диагноз:
Т е р і с і :			
Шеткі лимфатүйіндердің	жағдайы		
Ауыз қуысының шырышты	қабаты		
Аңқасы _____			
Конъюнктивалар _____			
үлкен еңбегі _____			
Тыныс ағзалары: _____			
Тыныс жиілігі _____			
ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____	Жүрек ритмі _____		
_____;	Жүрек шулары _____;		
Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____	көкбауыры _____		
Несеп шығаруы _____;	Нәжісі _____		
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау	Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?		Даму үшін күту проблемалары
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?			
Психомоторлық даму:			Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге
Д	о	=	
Д	р	=	
Р	а	=	
Р	п	=	

Н = Ә=	артта	қалған
Тамақтануды бағалау		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма?		

Е м і з у		
1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___		
Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет		
2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___		
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жоқ ___		
Иә болса, ___ мл ___ рет күніне		
21. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____		
22. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? _____		
23. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___		
24. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? _____ мл.		
5. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___		
6. Өткен аптада бала жеді:		
*		
Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___		
*		
Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жоқ ___ неше күн ___		
*		
Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жоқ ___ неше күн		
7. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___		
8. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық ___		
Е Г У жағдайын тексеріңіз:		
Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,		
В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1		
В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2		
В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3		
О П В - 3		
О П В - 0		
АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау		
Қызылша + қызылша + паротит		
БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау		
Күтімді бағалау:		
*		
Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу		
*		
Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды		
*		
Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін		
Балаға қатаң қарау белгілері: Иә ___ Жоқ ___		
Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)		
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер		
*		

Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді *	
Қозғалған затқа қарамайды *	
Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймаза *	
Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*

Баланы тиімді тамақтандыру (отбасылық үстелден тиімді бес реттік тамақтандыру. (Емізуді жалғастыру).

*

Анасының дұрыс тамақтануы.

*

Жасына сәйкес психоэлеуметтік даму.

*

Жасына сәйкес массаж және гимнастика.

*

Күнделікті серуенге шығу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*

Бала ауырып қалған жағдайда мінез-құлық ережелері мен күтім (қауіпті белгілер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтандыру және сусын беру режимі).

*

Жарақаттану және жазатайым оқиғаның алдын алуқауіпсіз орта және ата-аналардың мінез-құлқы.

*

Нәрестені дамыту мақсатында әкесін нәресте күтіміне белсенді қатыстыру.

*

Дәрігердің қабылдауында 24 айға дейін тоқсанына 1 рет болу және зертханалық зерттеулер,

12 және 24 айында мамандарының кеңесі.

Дәрігер:

Мейіргер:

2 жасар нәрестенің үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ Дене қызуы _____	
Анасының шағымы:	
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамытуға арналған күтім мәселесі
Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жок ___ Иә болса, тәулігіне неше рет? ___ рет 2. Түнде емізесіз бе? Иә ___ Жок ___	
3. Бала жасанды қоспалар немесе басқа емшек сүтін алмастырушыларды қабылдай ма? Иә ___ Жок ___ Иә болса, ___ мл ___ рет күніне	
17. Күніне негізгі қосымша тамақты неше рет қабылдайды? _____ 18. Күніне неше рет жеңіл-желпі тамақтандырасыз? ___ 19. Жеңіл-желпі тамақтандырудың құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___ 20. Бір қабылдағанда қанша көлемдей тамақ жейді? ___ мл. 9. Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Қою емес ___ 10. Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жок ___ неше күн ___ * Бұршақ тұқымдастар Иә ___ Жок ___ неше күн ___ * Қою жасыл және сары жеміс-жидектер Иә ___ Жок ___ неше күн 11. Сіз балаңызға шай бересіз бе? Иә ___ Жок ___ 12. Сіз тамақтандырғанда нені қолданасыз: бөтелке ___ пиала және қасық _____	
ЕГУ жағдайын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3	

О П В - 3 О П В - 0 АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау Қызылша + қызылша + паротит БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау	Келесі егуге келу _____ _____ Келу күні _____
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә Жок _____
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Бала қарым-қатынасқа түспейді және өзіне қаратқанға көнбейді * Қозғалған затқа қарамайды * Әлсіз, қараушы адамдарға көңіл бөлмейді, беймарал * Тәбеті жоқ, тағамнан бас тартады	
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

2 жасар нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ Дене қызуы _____ Салмағы ____ гр. Бойы ____ см. ДСИ ____ Бас шеңбері ____ см Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымы:	
Баланы қарау Терісі: Перифериялық лимфатүйіндердің жағдайы Ауыз қуысының шырышты қабаты Аңқасы _____ Конъюнктивалар _____ үлкен еңбегі _____ Тыныс ағзалары: _____ Тыныс жиілігі _____ ЖҚЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ _____ Жүрек ритмі _____; Жүрек шулары _____ _____ Ас қорыту ағзалары: іші _____ бауыры _____	Диагноз:

<p>к ө к б а у ы р ы _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қ а л ғ а н</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе м а з а л а м а й _____ м а ? _____ Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____</p>	
<p>* Күніне негізгі тағамды неше рет қабылдайды? _____ * Күніне неше рет жеңіл тамақтанады? _____ * Жеңіл тамақ құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____ * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____ мл. * Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Сұйық _____ * Өткен аптада бала жеді: ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә _____ Жоқ _____ қанша күн _____ * Бұршақ Иә _____ Жоқ _____ қанша күн _____ * Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә _____ Жоқ _____ қанша күн _____ * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____ * Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: _____ бөтелке _____ қасық пен пиала _____</p>	
<p>ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит</p>	

АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм	Келесі егуге келу _____ Келу күні _____
Күтімді бағалау: Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, тамақ жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнезінде құрысулар. 4. тамақ ішкен сайын немесе қабылдаған сайын құсу * Берілген нұсқауларға сәйкес тамақтануды, баланы күту мен дамытуға арналған нұсқауларды орындайды * Ауру баланы күту ережелерін біледі: тамақтану, ішу тәртібі, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін	Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: Жәбірлеу, елемеу, күтімсіз қалдыру және еміренбеу)	Иә __ Жоқ __
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Қарым-қатынасқа түспейді * Жүру кезіндегі тепе теңдікті ұстау қиындығы * Баланың тәртібінің түсініксіз өзгеруі, физикалық жәбірлеудің іздерінің табылуы * Тәбетінің болмауы	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
ҚОРЫТЫНДЫ:	

Ұсыныстар:

Дәрігер

2 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы (мамандар қарауы, талдау нәтижелері, педиатр қорытындысы) 2 жыл 6 айлық жасында мейіргердің үйдегі патронажы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ . Дене қызуы _____
Анасының шағымы
<p>Қауіпті белгілерді бағалаңыз:</p> <p>* Нәресте сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма? * Тамақтанған сайын немесе ішкен сайын құсу болды ма? * Құрысулар болды ма? *</p>

Летаргиялы ма (ұйқылы) әлде ессіз бе?	Иә _____ Жоқ _____
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Дамуға арналған күту мәселесі
Психомоторлық дамуды бағалау: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =	Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтану бағасы	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? ----- Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә _____ Жоқ _____	
* Күніне негізгі тағам қанша? _____ * Жеңіл тамақтану? _____ * Жеңіл тамақтану құндылығы: Нәрлі _____ Нәрсіз _____ * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____ мл. * Тағамның қоюлығы қандай? Қою _____ Қою емес _____ * Өткен аптада бала жеді: * Ет/балық/жартылай дайын азықтар: Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____ * Бұршақты Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____ * Қою жасыл және сары көкөністер мен жемістер Иә _____ Жоқ _____ неше күн? * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____ * Сіз тамақтандыру кезінде не пайдаланасыз: _____ құмыра _____ пиала мен қасық _____	
ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық + қызылша + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм	Келесі егуге келу _____ Келу күні _____

<p>Күтуді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнездегі құрысуды. 4. Тамақ ішкеннен кейін құсу және күту ережесі.</p> <p>* Баланы күту, даму, тамақтандыру бойынша берілген ұсыныстарға сәйкес барлық ұсыныстарды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережесін біледі: тамақтану, ішу режимін, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін біледі</p>	Күтім проблемалары
<p>Балаға қатаң қарау белгілері: жәбірлеу, жактырмау, физикалық және эмоциялық қарамаусыздық</p>	Иә__Жоқ__
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Қатынасқа түспейді</p> <p>* Жүрген кезде тепе-теңдікті ұстау қиындығы</p> <p>* Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, жәбір көрсетудің іздері (егер бала басқа адамдағы қарауында болған болса)</p> <p>* Тәбетінің болмауы</p>	
<p>Анасының денсаулығын бағалау</p> <p>1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

Мейіргер:

2 жыл 6 айлық нәрестенің дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

<p>Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ Дене қызуы ____</p> <p>Салмағы ____ гр. Бойы ____ см. ДСИ ____ Бас шеңбері ____ см</p> <p>Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:</p>	
<p>Анасының шағымы:</p>	
<p>Б а л а н ы қ а р а у</p> <p>Т е р і с і :</p> <p>Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы</p> <p>Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы</p> <p>Конъюнктивалар _____</p> <p>үлкен енбегі _____</p> <p>Тыныс алу мүшелері: _____</p> <p>— — — — —</p> <p>Тыныс алу жиілігі _____</p> <p>ЖТЖ мүшелері: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ырғағы _____; Жүрек шуылы _____;</p>	<p>Диагноз:</p>

<p>Ас қорыту мүшелері: іші _____ бауыры _____ көк бауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____</p>	
<p>Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?</p>	<p>Даму үшін күту проблемалары</p>
<p>Психомоторлық даму: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә =</p>	<p>Артта қалмаған _____ эпикризды мерзімге артта қалған</p>
<p>Тамақтануды бағалау</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? _____</p> <p>Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә ___ Жоқ ___</p>	
<p>* Күніне негізгі тағамды неше рет қабылдайды? _____ * Күніне неше рет жеңіл тамақтанады? _____ * Жеңіл тамақ құндылығы: Нәрлі ___ Нәрсіз ___ * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____ мл. * Тағамның қоюлығы қандай? Қою ___ Сұйық ___ * Өткен аптада бала жеді: ет/балық/жартылай дайын азықтар Иә ___ Жоқ ___ қанша күн _____ * Бұршақ Иә ___ Жоқ ___ қанша күн _____ * Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә ___ Жоқ ___ қанша күн _____ * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә ___ Жоқ ___ * Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: _____ бөтелке ___ қасық пен пиала _____</p>	
<p>ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p>	

Қызамық +қызылша + паротит АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму карқынын бағалау_____мм	Келесі егуге келу_____
Күтімді бағалау: * Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнездегі құрысуды. 4. Тамақ ішкеннен кейін құсу және күту ережесі. * Баланы күту, даму, тамақтандыру бойынша берілген ұсыныстарға сәйкес барлық ұсыныстарды орындайды * Ауру баланы күту ережесін біледі: тамақтану, ішу режимін, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін біледі.	Күтім проблемалары
Балаға қатаң қарау белгілері: жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоциялық қарамаусыздық	Иә Жок_____
Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер * Қарым-қатынасқа түспейді * Жүру кезіндегі тепе теңдікті ұстау қиындығы * Баланың тәртібінің түсініксіз өзгеруі, физикалық жәбірлеудің іздерінің табылуы * Тәбетінің болмауы	Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)
Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру	
Қорытынды:	

Ұсыныстар:

*
баланы дұрыс тамақтандыру (бес реттік отбасы дастарханынан дұрыс
тамақтандыру, емізуді
жалғастыру).

*
анасының дұрыс тамақтануы.

*
жасына сай психикалық-әлеуметтік дамуы.

*
жасына сай массаж және гимнастика.

*
күнделікті серуендеу, күн сәулесін жеткілікті қабылдау.

*
бала ауырған кездегі күту мен мінез-құлық ережесі (қауіпті белгілер, дәрігерге қашан жүгіну керектігі, тамақтандыру мен ішкізу тәртібі).

*
жазатайым оқиға мен жарақаттанудың алдын алу үшін ата-аналардың мінезі-құлығы және қауіпсіз орта.

*
баланы дамыту мақсатында әкесін нәрестені күтуге белсенді қатыстыру.

*
дәрігердің қабылдауында 24 айдан 36 айға дейін және зертханалық зерттеулер, мамандарға
24 айдан 36 айға дейін жарты жылда 1 рет қаралып отыру.
Дәрігер

3 жасар баланың үйіне мейіргердің баруы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ . Дене қызуы ____				
Анасының шағымы				
Қауіп белгілерін бағалаңыз:				
* Бала сусын іше ала ма немесе емшек еме ала ма?				
* Әрбір тамақ ішкеннен кейін құсады ма?			Иә _____ Жоқ _____	
* Құрысулар болды ма?				
* Ұйқылы немесе ессіз бе?				
Дамыту	мақсатындағы	күтімді	бағалау	Дамуға арналған күту мәселесі
Сіз	балаңызбен	қалай	ойнайсыз?	
Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?				
Психомоторлық		дамуды	бағалау:	
Д	о	=		
Д	р	=		
Р	а	=		

Р Н Ә=	п = =	Артта қалмаған _____ эпикризді мерзімге артта қалған
Тамақтану бағасы		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе мазаламай ма? -----		
Е м ш е к п е н та ма қ т а н д ы р у 1. Емшекпен тамақтандыруды жалғастыра ма? Иә ____ Жоқ ____		
<p>* Күніне негізгі тағам қанша? _____</p> <p>* Күніне неше рет жеңіл тамақтанады? _____</p> <p>* Жеңіл тамақтанудың құндылығы: Құнарлы _____ Құнарсыз _____</p> <p>* Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____ мл.</p> <p>* Тағамның қоюлығы? Қою _____ Қою емес _____</p> <p>* Өткен аптада бала жеді:</p> <p>* Ет/балық/субтамақтар: Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____</p> <p>* Бұршақты Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____</p> <p>* Қою жасыл және сары көкөністер мен жемістер Иә ____ Жоқ ____ неше күн ____</p> <p>* Сіз балаға шай бересіз бе? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>* Сіз тамақтандыру кезінде не пайдаланасыз: _____ бөтелке _____ пиала, қасық _____</p>		
<p>Е Г У статусын тексеріңіз:</p> <p>Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз,</p> <p>В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Қызамық +қызылша + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____ мм</p>		Келесі егуге келу _____ Келу күні _____
<p>Күтуді бағалау:</p> <p>* Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнездегі құрысуды. 4. Тамақ ішкеннен кейін құсу және күту ережесі.</p> <p>* және берілген нұсқаулар бойынша күтім ережесі</p> <p>* Баланы күту, даму, тамақтандыру бойынша берілген ұсыныстарға сәйкес барлық ұсыныстарды орындайды</p>		Күтім проблемалары

*

жазатайым оқиға мен жарақаттанудың алдын алу үшін ата-аналардың мінезі-құлығы және қауіпсіз орта.

*

баланы дамыту мақсатында әкесін белсенді тарту.

*

дәрігердің қабылдауында 24 айдан 36 айға дейін және зертханалық зерттеулер, мамандардың

ақыл-кеңесіне 24 айдан 36 айға дейін жарты жылда 1 рет қаралып отыру.

Мейіргер:

3 жасар баланың дәрігер мен мейіргердің қабылдауы кезінде тексеріп-қарауы

Қаралу күні 20__ \ ____ Жасы: ____ Дене қызуы ____ Салмағы ____ гр. Бойы ____ см. ДСИ ____ Бас шеңбері ____ см Кестелерді пайдалана отырып, дене дамуын бағалаңыз:	
Анасының шағымы:	
Б а л а н ы к а р а у Т е р і с і : Шеткі лимфатүйіндердің жағдайы Сілемейлі ауыз қуысы Аңқасы _____ _____ Конъюнктивалар _____ _____ үлкен еңбегі _____ Тыныс алу мүшелері: _____ _____ Тыныс алу жиілігі _____ ЖТЖ мүшелері: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ Жүрек ырғағы _____; Жүрек шуылы _____; Ас қорыту мүшелері: іші _____ бауыры _____ _____ көк бауыры _____ Несеп шығаруы _____; Нәжісі _____ _____	Диагноз:
Дамыту мақсатындағы күтімді бағалау Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз? Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?	Даму үшін күту проблемалары

Арта қалмаған _____эпикризды мерзімге артта

Психомоторлық

даму:

Д о =

Д р =

Р а =

Р п =

Н =

Ә=

	қ а л ғ а н
Тамақтануды бағалау	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты ештеңе м а з а л а м а й м а ?	
Е м і з у 1. Емізесіз бе? Иә____Жоқ____	
* Күніне негізгі тағам қанша? _____ * Күніне неше рет жеңіл тамақтанады? _____ * Жеңіл тамақ құндылығы: Құнарлы____ Құнарсыз * Бір жегенде қанша тамақ жейді? _____мл. * Тағамның қоюлығы қандай? Қою____Қою емес * Өткен аптада бала жеді: ет/балық/субтамақтар Иә____Жоқ____қанша күн * Бұршақты Иә____Жоқ____қанша күн____ * Қою жасыл және сары жемістер мен көкөністер Иә____Жоқ____қанша күн * Сіз балаға шай бересіз бе? Иә____Жоқ____ * Тамақтандыру кезінде не пайдаланасыз:____ шыны аяқ пен қасық____	
ЕГУ статусын тексеріңіз: Бүгін алынатын егулердің астын сызыңыз, В 1- 0 типті гепатит БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В 2 типті гепатит ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 В 3 типті гепатит ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Қызамық +қызылша + паротит АКДС қайта вакцинациялау НІВ қайта вакцинациялау БЦЖ егуінен пайда болған тыртықтың даму қарқынын бағалау _____мм	Келесі егуге келу _____ Келу күні____
Күтімді бағалау: *	

<p>Анасы қауіпті белгілерді біледі: 1. Сусын іше алмайды, жей алмайды. 2. ұйқылы немесе ессіз. 3. анамнездегі құрысуды. 4. Тамақ ішкеннен кейін құсу</p> <p>* және күту ережесі.</p> <p>* Баланы күту, даму, тамақтандыру бойынша берілген ұсыныстарға сәйкес барлық ұсыныстарды орындайды</p> <p>* Ауру баланы күту ережесін біледі: тамақтану, ішу режимін, медициналық көмекке қашан жүгіну керектігін біледі.</p>	<p>Күтім проблемалары</p>
<p>Балаға қатал болу жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоциялық қарамаусыздық</p>	<p>Иә_Жоқ___</p>
<p>Арнайы көмекті қажет ететін қауіпті белгілер</p> <p>* Ойнағысы келмейді</p> <p>* Жиі құлайды</p> <p>* Ұсақ заттармен ойнау қиындығы</p> <p>* Жай заттарды түсіну қиындығы</p> <p>* Жай сөздерді құрастыруға қабілетсіз</p> <p>* Тамаққа тәбеті жоқ немесе құлықсыз</p>	<p>Проблемалар қауіпті белгілер анықталған жағдайда мамандандырылған көмекті таңдап, көмекпен қамтамасыз ету үшін дербес маманнан кеңес алуға жолдама беру (психолог, логопед т.б.)</p>
<p>Анасының денсаулығын бағалау 1. отбасын жоспарлауда кеңес беру</p>	
<p>Қорытынды:</p>	

Ұсыныстар:

*
баланы дұрыс тамақтандыру (бес реттік отбасы дастарханынан дұрыс тамақтандыру, емізуді жалғастыру).

*
Анасының дұрыс тамақтануы.

*
жасына сай психикалық-әлеуметтік дамуы.

*

жасына сай массаж және гимнастика жасау.

*

күнделікті серуендеу, жеткілікті күн сәулесін қабылдау.

*

бала ауырған кездегі күту мен мінез-құлық ережесі (қауіпті белгілер, дәрігерге қашан жүгіну

керек екенін, тамақтандыру мен ішкізу тәртібін).

*

жазатайым оқиға мен жарақаттанудың алдын алу үшін ата-аналардың мінезі-құлығы және

қауіпсіз орта.

*

баланы дамыту мақсатында әкесін белсенді тарту.

*

дәрігердің қабылдауында 24 айдан 36 айға дейін және зертханалық зерттеулер, мамандардың

ақыл-кеңесіне 24 айдан 36 айға дейін жарты жылда 1 рет қаралып отыру.

3 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы (арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы)

4 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

5 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

6 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

7 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

8 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

9 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

10 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

11 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

12 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

13 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

14 Жастағы баланы профилактикалық тексеріп-қарау парағы арнайы мамандардың

қарауы, талдаулар нәтижесі және педиатрдың қорытындысы

Жасөспірімдер кабинетіне ауыстыру эпикризі

Нәрестенің ауруы туралы жазу

2 айға дейінгі жастағы науқас нәрестенің жазу нысаны

Аты _____ Жасы _____ Салмағы (кг) _____ Дене қызуы _____

Баланың қандай мәселесі бар екенін сұраңыз: _____

Бірінші келуі ме? ___ Қайтадан келуі ме? _____

Бағалаңыз табылған белгілерін көрсетіңіз: Топтаңыз

Іздеңіз: Өте ауыр ауру немесе жергілікті бактериалды жұқпа		
	Қараңыз, тыңдаңыз, сезініңіз	
	Тыныс алысын минутына санаңыз _____	
	Егер баланың тыныс алысы жиі болса, санауды қайталаңыз _____	
	*	
	Кеуде қуысының ішке енуінің айкындығын іздеңіз	
	*	
Сұраңыз	Аксиллярлық температураны өлшеңіз немесе ыстық немесе суық екенін	
*	байқау үшін сипап көріңіз	
Емізу кезінде	*	
қиындықтар	*	
байкала ма	Сәбидің қимылдауын қараңыз	
*	*	

2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазу нысаны

Қаралу күні 20______ Жасы____ Салмағы____ Дене кызуы____ Келуі: бірінші_ қайтадан__ Шағымы:	Жалпы қауіпті белгілері:
<u>Жалпы</u> _____ <u>қауіпті</u> _____ <u>белгілерін</u> _____ <u>тексеріңіз</u> : 1. Бала еме ала ма, сусын іше ала ма? 2. Тамақ, сұйықтық ішкеннен кейін құсады ма? 3. Құрысу болды ма? 4. Ұйқылы ма әлде ессіз бе?	Иә____ Жоқ____
* Баланың дем алуы қиын ба және жөтеле ме? Иә____ Жоқ____ Ұзақтығы?____ Минутына дем алу саны____ Дем алу жиілігі Кеуде қуысы бөлімдерінің ішкесін у і Стридор Астмоидті дем алу; егер астмоидты дем алу болса, бұл қайталама ма, 3 цикл сальбутамол беріңіз де, әрбір циклдан кейін бақылаңыз	
* Балада диарея бар ма? Иә____ Жоқ____ Ұзақтығы____ Нәжісте қан бар ма____ Жалпы жағдайы: летаргиялы (ұйқылы) ессіз, мазасыз, ауырғандықтың мазасыздығы Көзі шүңірейген шөлдеп ішеді (ыстықтап) Іше алмайды, нашар ішеді Тері қыртысы жай жайылады: өте жай (>2 сек), жай (<2 сек).	
* Баланың денесінің кызуы бар ма? (анамнезде/сипаған кезде ыстық/37,5, одан жоғары Иә____ Ж о қ _ _ _ _ Ұзақтығы?____ Егер 5 күннен асса Күнде____ соңғы 3 айда қызылшамен ауырды ма____ Ш ү й дел і к _____ б ұ л ш ы қ _____ е т ті ң _____ с і р е с у і _____ Қызылша белгілері жайылған бөртпе+жөтел, мұрынның бітелуі, көздің қызаруы (Егер соңғы 3 айда қызылшамен ауырған болса, қызылша болса: ауыз қуысында жара бар ма, олар терең немесе кеңейген бе). Көзінен ірің аға ма?	
* Баланың құлағы ауыра ма? Иә____ Жоқ____ Құлағынан ірің аға ма? Оның ұзақтығы 14 күннен асты Құлағының арты ісіп ауыра ма?	
* Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын қараңыз. Өзгерістер бар ма Иә____ Жоқ____ Т а м а ғ ы н д а _____ а қ ш ы л _____ ө н е з _____ б а р _____ м а ? Жақ асты лимфатүйіндері үлкейген бе?	
* <u>Барлық баланың тәбеті бұзылған ба және анемиясы бар ма тексеріңіз</u> Кесте бойынша салмағы: төмен____ төмен емес. Аурудан азған белгілері бар ма Алақаны бозарыңқы ма: анық немесе қалыпты Екі табаны да іскен бе____	
Тамақтануын бағалаңыз. Егер____ стационарға____ жіберілмесе: Емізесіз бе? Иә____ жоқ____ Егер емізсе, тәулігіне неше рет____ Түнде емізесіз бе Иә____ Жоқ____ _Басқа да тамақ немесе сұйықтық іше ме? Иә____ Жоқ____ Егер қабылдаса, қандай тамақ және сұйықтық қабылдайды?_____ _____	

<p>Күніне неше рет _____ Тамақтандырған кезде нені қолданады _____ Бір порция көлемі _____ Белсенді тамақтандыру Иә _____ Жоқ _____ Ауырған кезде тамақтандыру өзгерді ме? Иә _____ Жоқ _____ Егер өзгерсе, қалай? _____</p> <p><u>Басқа проблемаларді тексеріңіз:</u> Тері сырты: сарғыштық; Бөртпе: геморрагиялық, везикулезді, папулезді, _____ басқа _____ Орналасуы _____ қыштитын, _____ қышымайтын; _____ Ауыз қуысының шырышты қабығы: энантема, афталар, уылу, басқалар _____ Қайда _____ Көздің сілемейлі қабығы: қызарған, ірің бөлінген. Көздің _____ ағы: _____ сарғыш, _____ қанталаған. Мұрынмен дем алуы: (қиындаған, аққан) _____ Аускультативті: бронхиалды, әлсіреген, жасалмаған Сырылдар: құрғақ, ылғалды, басқа: _____ Жүрек үні: бәсеңдетілген, шу _____ ЖЖЖ _____ М о й ы н _____ т а м ы р ы н ы ң _____ с о ғ у ы _____ Іші: бір түзіліс, ауырады, шұрылдау, сигманың ауруы, іш перделік симптомдар) басқалар _____</p> <p>----- Бауыр өлшемі: _____ Көк бауыры: өлшемі _____ см. Неврологиялық статус: еңбегі үлкен болып томпаюы, соғады, өлшемі _____ см. Бассүйек пен ми жүйкелерінің өзгеруі _____ Парездер, _____ параличтер _____ Перифериялық лимфатүйіндер үлкейген (қандай топтар, өлшемдері) _____</p> <p>----- Дизурия: _____ Басқалар _____</p>	Тамақтану мәселесі
---	--------------------

ЕМДЕУ:

Тамақтану жөніндегі ұсынымдар:

Келесі келуге _____
 Қай кезде шұғыл келу керек екендігін түсіндіріңіз _____
 ХАЖ бойынша диагнозы _____

БАЫЖ бойынша шешімдер: тез арада емдеуге жатқызу, жолдама алдындағы емделу

5. Тағайындалған дәрілермен үйде емдеу (атауы, мөлшері, қысқалығы, ұзықтығы)

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

*

№ _____ шипашак

3. Үйде тағайындалмаған дәрілермен емдеу, күту ауру себебі бойынша былайғы бақылау

Есту қаблетінің бұзылуы бар баланың төлқұжаты

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Туған күні, айы, жылы _____ Тексерілу кезіндегі жасы _____

ЖСК|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Тұрғылықты жері : _____ облысы

_____ ауданы, _____ қаласы(село)

_____ көшесі, № _____ үй, _____ корп. _____ пәтер.

үй телефоны _____ ұялы телефоны _____

Диагноз: _____

Анамнез

Перитонеалдық анамнез

Жүктілік _____ Өту ерекшеліктері _____

Босануы _____ нәшінші _____ апта. Босану кезіндегі ерекшеліктер _____

Керендік бойынша қауіп факторының болуы: гестоз/ токсикоз/ жүктілікті ұзу қаупі /ана мен

іштегі нәрестенің

резус-қарама-қайшылығы/ ананың жүктілік кезінде вирустық және инфекциялық аурулармен

ауруы/ _____ / ананың жүктілік кезінде қолданған ототоксикалық препараттары/

_____ / қан аздық/ қант диабеті/ жаңа туылған нәрестенің

тиреотоксикоз/асфиксиясы/ туылған кездегі бассүйекішілік жарақат/
гипербилирубинемия (20

ммоль/л астам)/жаңа туған нәрестенің гемолитикалық ауруы/ Туылғанда
денесінің салмағы

1500 граммнан кем болуы//Апгар шкаласы бойынша төмен балл _____/
гестациялық жас 40

аптадан асып кету (артық көтеру)//баланың туылғаннан кейінгі
реанимациясы және қарқынды

терапиясы// Ананың жасының 40-тан асқан болуы/ (кеш босану)

Естудің аудиологиялық, неонатальдық скринингі жүргізілді ме?:
босандыру мекемелерінде: иә/жоқ, нәтиже _____

АСМК мекемелерінде: : иә/жоқ, нәтиже _____

Есту анамнезі

Есту бұзылысы сөйлеуді үйренгенге дейін байқалды/сөйлеп үйренгеннен
кейін / өз жасына

сәйкес сөйлеу алмауы, сөйлеу дамуының тежелісі _____.

Диагноз ең алғаш рет қашан және қайда қойылды

Есту бұзылысының болжамды себептері: белгісіз/туа біткен/жүре пайда
болған

Менингитпен ауырмады/ ауырды

Ототоксикалық препараттар алды ма?: жоқ/иә, қандай _____ қай
жаста _____

_емделу кезінде

Есту бұзылыстары бар туыстары бар ма?: жоқ/иә _____

Отитпен ауырды ма?: жоқ /иә _____

Есту бойынша мүгедектігі бар ма?: жоқ/ _____

жасынан бастап

бар

Баланың оқитын жері _____

Есту протезінің түрі

4. Есту аппараты (ЕА)

Протезделген құлақ: сол / оң / екі жағы да _____

ЕА түрлері: ұқсас/ цифрлы _____

Құлақ қосымшасының түрі _____

ЕА қай жастан бастап қолданады? _____

5. Кохлеарлық имплантация жүйесі

Имплант атауы _____ Электрод түрі _____

Сөйлеу процессорының атауы _____

Имплантацияланған жақ: сол / оң / екі жағы да

Ота жасалған күн, ай, жыл _____ Қосқан күн, ай, жыл _____

Ота қай клиникада жасалды _____

6. Ортаңғы құлақ имплантациясының жүйесі

Имплант атауы _____ аудиопротесордың атауы _____

Имплантацияланған жақ: сол / оң / екі жағы

Ота жасалған күн, ай, жыл _____ Қосқан күн, ай, жыл _____

Ота қай клиникада жасалды _____

кохлеарлық имплантация жүйесінің есту аппаратын/сөйлеу процессорын,
ортаңғы құлақ имплантациясы

жүйесінің аудиопротесорын

күйіне келтіру

Күйіне келтіру сессиясының күні, айы, жылы _____

Күйіне келтіруді жүргізу орны _____

Сурдолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), байланыс телефоны _____

төменжиілікті қатты шығатын		
төменжиілікті ақырын шығатын		
Ортажиілікті қатты шығатын		
Ортажиілікті ақырын шығатын		
Жоғарыжиілікті қатты шығатын		
Жоғарыжиілікті ақырын шығатын		
Сыбылап сөйлеу		
Сөйлеу кезіндегідей дауыс		

Ажырату

Дыбыстарды		Сөздерді		Фразаларды	
дауысты	дауыссыз	жабық таңдауда	ашық таңдауда	жабық таңдауда	ашық таңдауда
		Әртүрлі буын құрылымымен	Әртүрлі буын құрылымымен		
		Бірдей буын құрылымымен	Бірдей буын құрылымымен		
		Бір дыбыспен ерекшеленетін	Бір дыбыспен ерекшеленетін		

Сөйлемдерді ажырата білуі _____

_____ қаратып айтылған сөздерді түсінуі _____

_____ Телефонмен сөйлегенді түсінуі _____

Ұсыныстар (қажеттісін белгілеу, толықтыру)

1. Дыбысқа ШҚР дамыту _____

2. Қатты шығуы бойынша дыбыстың үдемелі деңгейін түсінуді қалыптастыру _____

3. Қоршаған ортаға ықыласын дамыту _____

4. Дағдыларды қалыптастыру :

дыбыстарды бөле білуге (буындағы , сөздегі дауысты, дауыссыз

) _____

әртүрлі /бірдей буын құрылымымен сөздерді ажырата білуге _____

_____ фразаларды ажырата білуге _____

сөйлемдерді ажырата білуге _____

оқыған мәтінді түсінуге _____

5. Ақырын шығатын дыбыстарға есту ықыласын дамыту _____

6. Сөйлегенде өзін өзі бақылауды қалыптастыру _____

7. Деммен жұмыс жасау _____

8. Артикуляциялық гимнастика _____

9. Мимикалық (ымдаушы) бұлшқеттермен жұмыс жасау _____

10. Дауыспен жұмыс жасау _____

Сурдопедагогтың қолы _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 29-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №127/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

		получателя (при его наличии)									врача, выдавшего справку
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 32-қосымша

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 278-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета

№	Қабылдау күні/ Дата приема	Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жасы/ Возраст	Мекен-жайы / Домашний адрес	65 және одан асқан жаста (+ белгілеу) / 65 лет и старше (отметить +)	" Д " есебіндегі тұлғалар (+ белгілеу)/ Лица из группы " Д " учета (отметить +)	Цитологиялық материал-ды алған күн / Дата забора цитологического материала	Цитологиялық материал-ды нәтижесі/ Результат цитологического материала	Қарау Резул
										дені сау/ здоро

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 3-қосымша

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген №278-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 278-2 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары / Журналы учета пациентов по скринингам на уровне ПМСП Маммографиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы / Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии)	ЖСН/ ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн/ Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7

Маммография күні/ Дата маммографии	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (первая читка)	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (вторая читка)	Онкологке, маммологке жіберілген күні / Дата направления к онкологу, маммологу	Емханалық Диагноз/ Клинический диагноз
8	9	10	11	12

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

-алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және элеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі

кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз)/ в доврачебном кабинете отделения

профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/ Графа 5 –
отмечается

возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке
ықыластылығын

талдау үшін қажет/ Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные
необходимы для анализа

отзывчивости пациентки на скрининг.

8, 9-бағандар – М1, М2және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/
Графы 8, 9 –

выставляется результат в соответствии с шифровкой М1, М2 и т.д.

11-баған – маман (онколог, маммолог) қойған немесе маммография
нәтижелеріне сәйкес

диагноз жазылады/ Графа 11 – отмечается диагноз, выставленный
специалистом (онкологом,

маммологом) либо в соответствии с результатом маммографии.

Цитологиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы/

Журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО(при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы , телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7

Цитологияға жұғынды алынған күн/Дата взятия мазка на цитологию	Bethesda бойынша нәтиже/ Результат по Bethesda	Bethesda бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по Bethesda	Жұғынды қайтадан алынды, күні/ Мазок взят повторно, дата	Bethesda бойынша нәтиже, қайтадан/ Результат по Bethesda, повторно
8	9	10	11	12

Кольпоскопия өткізу күні/ Д а т а проведения кольпоскопии	CIN бойынша кольпоскопия нәтижесі /Результат кольпоскопии по CIN	CIN бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по CIN	Гинекологқа, онкологқа жіберілген күн/Дата направления к гинекологу, онкологу	Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
13	14	15	16	17

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі

кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз)/в смотровом кабинете отделения

профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на

скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 30, 35және с.с./Графа 5 – отмечается

возрастная группа скрининга – 30, 35 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын

талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа

отзывчивости пациентки на скрининг.

8, 11-бағандар – Bethesda жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графы 8, 11 –

выставляется результат в соответствии с классификацией Bethesda

13-баған – CIN жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 13 – выставляется результат

в соответствии с классификацией CIN

16-баған –маман (гинеколог, онколог) қойған немесе цитология (Bethesda бойынша) немесе

гистология (CIN бойынша) нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 16 – отмечается

диагноз, выставленный специалистом (гинекологом, онкологом) либо в соответствии с

результатом цитологического (по Bethesda) или гистологического (по CIN) заключения.

Колоректалдық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы / Журнал учета пациентов, подлежащих колоректальному скринингу

№		Мекенжайы , телефон/	Туған күні айы, жылы/		
---	--	-------------------------	--------------------------	--	--

	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Адрес, телефон	Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7

Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	Гемокульт-тестілеу өткізілген күн/Дата проведения гемокульт-теста	Гемокульт-тестілеудің нәтижесі/Результат гемокульт-теста	КС туралы ақпараттандыру күні/ Дата информирования о КС	КС жіберілген күні /Дата направления на КС
8	9	10	11	12

КС өткізілген күн/Дата проведения КС	КС нәтижесін алған күн/Дата получения результата КС	К С нәтижесі/ Результат КС	Маманға жіберілген күн/Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
			гастро-энтерологке, коло-проктологке/ гастро-энтерологу, коло-проктологу	Онкологке /онкологу	
13	14	15	16	17	18

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен /участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және элеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі

кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз/ в доврачебном кабинете отделения

профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/Графа 5 – отмечается

возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке

ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат.

Данные

необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг.

7-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні/Графа 7 – дата

обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга.

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН/ ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа
1	2	3	4	5	6

Скринингке шақырылған күн/Даты приглашения на скрининг	Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	ЭГДС кезекке қойылған күн/ Дата постановки на очередь на ЭГДС	ЭГДС өткізілген күн/Дата проведения ЭГДС	ЭГДС нәтижесін алған күн / Дата получения результата ЭГДС
7	8	9	10	11

ЭГДС нәтижесі/ Результат ЭГДС						Маманға жіберілген күн / Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз	
А	Б	В	Г	Д	Е	гастроэнте-рологке/ гастроэнте-рологу		Онкологке/ онкологу	
12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №7 бағансыз)/в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 7 – Дата приглашения на скрининг).

6-баған –скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с./Графа 6 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

7-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет. Осы жерде және әрі қарай барлық күндер жылын көрсетпей 27.05. (чч.мм.) форматта толтырылады, өйткені журнал жыл сайын жаңарып отырады/Графа 7 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг. Здесь и далее все даты заполняются в формате 27.05 (чч.мм) без указания года, так как журнал ежегодно обновляется.

8-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні (025-08/ У нысаны толтырылған, ЭГДС жүргізуге келісім алынды, эндоскопиялық

зерттеуге жолдама берілді)/Графа 8 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга (заполнена форма 025-08/У, получено согласие на проведение ЭГДС, дано направление на эндоскопическое исследование).

9-баған – эндоскопия бөлімшесіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопия бөлімшесінің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес ЭГДС қойылады/ Графа 9 – указывается дата постановки на очередь в отделение эндоскопии. Дата сообщается лаборантом отделения эндоскопии по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на ЭГДС.

12-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу көлемі көрсетіледі /Графа 12 – указывается объем проведенной ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

13-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес өңеш пен асқазанның таза болу дәрежесі көрсетіледі/Графа 13 – указывается степень чистоты пищевода и желудка в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

14-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу кезіндегі асқынулар көрсетіледі/Графа 14 – указываются осложнения при проведении ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

15-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізу көрсетіледі/Графа 15 – указывается проведение биопсии в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

16-баған – ES1, ES 2, GS1, GS2 және с.с. шифрлеуге сәйкес ЭГДС нәтижелері қойылады/Графа 16 – выставляется результат ЭГДС в соответствии с шифровкой ES1, ES 2, GS1, GS2 и т.д.

17-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізілген жағдайда гистологиялық зерттеу нәтижелері көрсетіледі/Графа 17 – указывается результат гистологического исследования в случае проведения биопсии в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

20-баған – маман (гастроэнтеролог, онколог) қойған немесе эндоскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 20 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, онкологом), либо в соответствии с результатом эндоскопии.

**Қуықалды безі қылтамағының скринингісінен өтуі тиіс ПСА
пациенттердің қан үлгілерін есепке алу журналы/ Журнал регистрации
образцов крови на ПСА пациентов, подлежащих скринингу рака
предстательной железы**

АМСК ЖН/ И Н ПМСП	Пациенттің РН/ПН пациента	Қан алған күн/ Дата взятия крови	Пациенттің ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО(/ при его наличии) пациента	ЖСН / ИИН	Жасы/ Возраст	Тұратын жерінің мекенжайы/ Адрес места жительства	Үлгілерді ИХТ зертханаға жіберу күні /Дата отправки образцов в лабораторию ИХА
1	2	3	4	5	6	7	

Зерттеу нәтижесі/Результат исследования					Нәтижені алған күн/Дата получения результата	Урологқа/ онкоурологқа жіберілген күн/Дата направления к урологу/ онкоурологу
Жалпы ПСА/ Общий ПСА	Бос ПСА/ Свободный ПСА	[-2] про ПСА/ [-2] про ПСА	РНІ	Талдауды қайталау қажет етіледі/ Требуется повторить анализ		
8	9	10	11	12	13	14

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/ Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

-

алдыналу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің қаналу кабинеті /зертхананың/ дәрігерге дейінгі кабинеттің емдеу медбикесімен/процедурной медсестрой в кабинете забора крови / лаборатории / доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи;

- алдыналу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике.

1. 1-баған – АМСК ұйымының жеке нөмірі көрсетіледі, Денсаулық сақтау басқармасымен беріледі/Графа 1 – указывается идентификационный номер организации ПМСП, присваивается Управлением здравоохранения.

2-баған – қан алу кезінде алмаспайтын нөмірлеуге сәйкес берілетін, пациенттің реттік нөмірі көрсетіледі/Графа 2 – указывается порядковый номер пациента, который присваивается согласно сквозной нумерации во время забора крови.

5-баған – пациенттің жастық тобы көрсетіледі (50, 54, 58 және с.с.)/Графа 5 – указывается возрастная группа пациента (50, 54, 58 и т.д. лет).

8-баған – ПСА толық (жалпы, бос және [-2] про ПСА) зерттеуді алған жағдайда ұсынылған екеудің ішінен жалпы ПСА бірінші көрсеткіші көрсетіледі/ Графа 8 – в случае получения развернутого исследования

Штрих код _____

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О.пациента (при его налич

Туған күні (Дата рождения): Жасы (Возраст): Жынысы Ә/Е(керекті астын сызыңыз)
 Пол: М / Ж (нужное подчеркнут)
 ЖСН (ИИН) _____

Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства)

Диагнозы (Диагноз): 10-АХЖ коды (код МКБ-

Зақымдану жағдайы (Обстоятельства

Дәрігер (Врач) Фельдшер(Фельдшер)

Стационарда қарау кезіндегі шағымдар (Жалобы при осмотре в стационаре):

Объективті мәліметтер (Объективные данные): _____

Глазго шкаласыбойынша сана деңгейі (Уровень сознания по шкале Глазго):

Status localis:

Шағымы / Жалобы: _____

Осы аурудың анамнезі / Анамнез настоящего заболевания: _____

Өмір сыртартқысы / Анамнез жизни: _____

Жалпы жағдайы Общее состояние			Перкуторлы дыбыс: Анық өкпелік Тұйықталған (немесе тұйық) Тимпанит дабылды Қорпты Перкуторный звук: Ясный легочный Притупленная (или тупой) Тимпанический Коробочный	жағындымен обложен налетом	
Қанағаттанарлық (удовлетворительное) орташа (средней 1 тяжести) 2 нашар (тяжелое) 3 агониялық (агональное) биологиялық өлім (биологичес	3 4 5 6	Сарғыш (желтушные) көгіс (көк ала) (цианоз (acroцианоз)) кызғылт (гиперемия) кұрғақ (сухие) дымқыл (влажные) таза (чистые)	5 Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное катқыл жесткое элсізденген О С ослаблено П Л бронхореялық бронхорея	Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады, керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә, жоқ) Живот: мягкий безболезн, болезн., напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет)	2

- кая смерть)	бөртпе (сыпы) гипостаза		6	ж о қ Сухожильн.рефлексы: нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует		Пери Пери	
Санасы Сознание	Жүрек - қан тамыр.жүйесі Сер.-сосудист. система	3	Сырылы: жоқ Хрипы: нет Құрғақ сухие Ылғалды влажные	Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет куаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Двигательн. сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - 3 Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл. + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -	1 2 3	
Айқын (ясное) айқын емес 1,2 1 (оглушен- 2 ность 1,2) 3 сопор 4 кома 1,2,3 ессіз (2 отсутствует)	Жүрек дыбысы (Тоны сердца): айқын (ясные) 1 , тұншыққан (приглушенные , тұнық (глухие) 2 Шуылы: жоқ, Шумы:нет систолическ, диастолическ.,	4	Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас 4 Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная	7 8	Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т Болевая чувствительн. снижен П Л В Н	Көк б. Бауы ры : калып ты __см-ге ұлғай ған 4 катты ауырсынады Селе зенька в норме увели чена, см плот- ная болез- ненна	ТАЖ
Көңіл күйі Поведение		1	Жүйке жүйесі: Невролог. статус : 1 Патологиясыз Без патологии				
	Тамыр соғуы: Пульс Қанағаттанар лық Удов. качест. Ырғақты ритмичный 3 Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Ж о қ отсутствует	3	Менингеалдык симптомдары: сірескен — Кернига (+ -) Брудзинский (+ -) 2 Менингеальн. симпт. Ригидность п. п . Кернига (+ -) Брудзинский (+ -)	9	Афазия:моторлы сенсорлы,тоталды Афазия:моторная, сенсорная, тотальная	Пуле	
Сабырлы (спокоен) 1 қозған (1 2 возбужден) элсіз (вял), тежелген (заторможен)				10	Бабинский симпт. О С Оппенгейм симпт. О С перифериялық нервтердің тартылу симптомы с.Бабинского П Л с. Оппенгейма П Л с . натяж.периф.нервов	Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система 1 Несеп жүруі: калыпты дизурия_____ Мочеотделение: Нормальное Дизурия	Ж С ЧСС

Көз қарашығы Зрачки			Аңқасы: Зев:		АҚ оң сол АД прав
Қалыпты (нормальное) миоз-мидриаз жарыққа әсері: 1 (реакция на свет) 2 жанды (живая) 3 әлсіз (ослабленная) 4 жок (отсутствует) анизокория DS	Тыныс алу жүйесі Дыхательная система	Көз ұясы: Парез қыли О С көлденең, тік 3 Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм гориз. , верт.	Қалыпты спокойный Қызарған гиперемия 1 Ісіңкі отечность 2 Таңдай:ұлғайған., 3 іркілдеп тұр., 4 іріндеп тұр Миндалины:увелич, рыхлые,пробки бездері	ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)	Отте сату Сату кисл
Тері қабаты Кожные покровы		ЧМН: птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық ; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О С 4 төменгі еріннің салбырауы ЧМН: птоз П Л Носогубн. скл. сглаж. нарушения глотания отклон. языка П Л опущение угла рта	Ас қорыту жүйесі: Пищеварительная сист : Тілі: таза, ылғалды-құрғақ 1 Язык: чистый, влажный-сухой		Қан мын- қан Саха
1 физиолог. Түсті 2 бозғылт бледные бозғылт	2 Тынысын тындау: Дыхание аускульт.:				

№ 110 - 2 / е н . арткь
 Медициналық қызметтер (Медицинские услуги) (Оборотная сторона
 телемедицина өткізілген/өткізілмеген (телемедицина провед
 өткізілген мекеме (проведена с какой
 өткізген мамандар (с какими
 телемедицина қорытындысы (заключение телемедицины):

Консультация (түзету емдеу), пациентке операция жасау (Консультация (коррекция лечения), операция пациента)	Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемоди				
	ТҚЖ (Т ЧДД)	PS	ЖСЖ (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация
Дейін (До)					
Кейін (После)					

Қорытынды: кеңес берілді, операция жасалды, орнында қалдырылды, тасымалданды (астын сызу). (Результат: кон на месте, транспортирован) (подчеркнуть)

Дәрігер-кеңесшінің диагнозы (Диагноз врача-консультанта):

Жедел медициналықкөлігіндегі шағымдары (Жалобы в машине скорой медицинской помощи):									
Тасымалдау кезінде пациентті динамикалық бақылау (Динамическое наблюдение пациента при транспортировке):	Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)								
	ТҚЖ (ЧДД)	Т	РС	Ж С (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация	Қанд қант (Сағ қант)		
	Бір сағат (один час)								
	Екі сағат (два часа)								
	Үш сағат (три часа)								
	Төрт сағат (четыре часа)								
Уақыты (Время)	Медициналық мәндегі бұйымдар және мөлшері (М)								
Бір сағат (один час)									
Екі сағат (два часа)									
Үш сағат (три часа)									
Төрт сағат (четыре часа)									
Тасымалдау әдісі (Метод транспортировки):					Жеңіл арбада (на коляске)		Зембілмен (на носилках)		

Медицинское оборудование

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. _____

(Ф.И.О. врача, доставившего пациента):

Пациент тасымалдауды сезінді: жақсы, қанағаттанарлық, нашар, қайтыс болды

(астын сызу) (Транспортировку пациент перенес): (хорошо, удовлетворительно,

с ухудшением, умер) (подчеркнуть)

Күні (Дата) _____

Уақыты (время) _____ науқасты медициналық ұйымның

(МҰ) қабылдау бөліміне немесе жедел

бригадасына табыстады(передачи больного в приемный покой медицинской организации (МО) или бригаде скорой медицинской помощи).

МҰ немесе жедел медициналық көмекбригадасыны
қабылдаған дәрігердің Т.А.Ә. _____ Қолы
(подпись)

(Ф.И.О. врача, принимающей МО или бригады скорой медицинской помощи)

:

Пациент тасымалданды (Пациент транспортирован в) _____

Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 35-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 114/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 114/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Жедел медициналық жәрдем станциясының

ілеспе парағының

талоны

(науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін

жедел жәрдем станциясына жіберіледі)

Талон

к сопроводительному листу

станции скорой медицинской помощи

(после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи)

№ _____

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

Туған күні (Дата рождения) _____

Дәрігер (Врач) _____

Тегін анық жазыңыз (Фамилия - разборчиво)

Фельдшер _____

Тасымалдау зембілмен, қолмен көтеріп, аяғымен (Переноска на носилках, на руках, пешком)

Жеткізілді (Доставлен в) _____

20 ____ жылғы (года) _____ сағ. час _____ мин. _____

кабылданған шақырту бойынша (по вызову, принятому в) _____

Дәрігер (Врач) _____

Фельдшер Тегін анық жазыңыз (Фамилия - разборчиво)

Жедел, шұғыл жәрдем, емхана жолдағандағы диагнозы (керекті астын сызыңыз)

және диагнозын жазыңыз) Диагноз при направлении скорой помощи, неотложной помощи,

поликлиники (нужное подчеркнуть)

и вписать диагноз) _____

Қабылдау бөлімшесінің диагнозы (Диагноз приемного отделения) _____

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

Операция 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ сағ. (час). _____

Амбулаториялық қызмет көрсетілді (Обслужен амбулаторно), _____

өткізген күндері (провел дней) _____ сағ. час

Шықты: жазылып, жағдайы жақсарып, жақсарусыз, мертігулерімен, қайтыс болды

(Выписан: здоровым, с улучшением, без улучшения, с увечьем, скончался)

20 ____ жылғы (года) _____

-----линия отреза -----

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б.

әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации,

общественного места и др)). _____

жазыңыз (вписать)

Қашан және не болды. (Когда и что случилось) _____

20 _____ жылғы (года) " ____ " _____

Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) _____

Емдеу ұйымының ескертулері (жедел жәрдем қызметінің кемшіліктерін көрсетіңіз)

Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания скорой помощью): _____

Дәрігер (Врач) _____ бөлімше (отделения) _____

тегін анық (фамилия разборчиво)

Қосымша мәліметтер алу қажет болған жағдайда жедел жәрдем станциясына телефон соғыңыз

(В случае необходимости получить дополнительные сведения следует звонить на станцию скорой помощи).

Жедел жәрдем станциясы жеткізген науқастардың барлығы емдеу ұйымдарының қабылдау

бөлімшелерінде міндетті түрде қабылдануы тиіс (Все больные, доставляемые станцией скорой

помощи, подлежат обязательному приему в приемные отделения лечебных организаций.)

Жедел жәрдем қызметкерлерінің ескертулері
(Замечания персонала скорой помощи)

Басқа ескертулер (Прочие замечания) _____

және т.б. (и т. д.)

----- линия отреза -----

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Санитарлық авиация бөлімінің
(сырқатнамасына тігіледі)
ілеспе парағына қосымша парак
Вкладной лист к
сопроводительному листу
Отделения санитарной авиации

Санитарлық авиацияның

ілеспе парағы

(сырқатнамасына тігіледі)

Сопроводительный лист

санитарной авиации

(подшивается к истории болезни)

№ _____

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место жительства пациента) _____

Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз направившего
стационара) _____

Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства травмы) _____

Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) _____

Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен) _____

_____ медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите название медицинской организации)

Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) _____

_____ Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (Состояние пациента на момент

доставки в стационар): _____

_____ АҚ (АД) _____, ЖСЖ (ЧСС) _____, ТҚЖ (ЧДД) _____, PS _____, Т _____,

Сатурация _____

_____ Жеткізілді (Доставлен в) “ _____ ” сағ. (час), “ _____ ” мин. _____ 20 _____ жылғы (года)

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, доставившего пациента)

_____ тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво)

САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____

ЭАОЖ коды (Код

КАТО) _____

Санитарлық авиация бөлімінің
(сырқатнамасына тігіледі)
ілеспе парағына қосымша парак
Вкладной лист к
сопроводительному листу
Отделения санитарной авиации

Санитарлық авиацияның ілеспе парағына

талон

**(науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін
санитарлық авиацияға жіберіледі)**

Талон

к сопроводительному листу

санитарной авиации

**(после выписки или смерти больного пересылается в центр санитарной
авиации)**

№ _____

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место жительства пациента) _____

Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз направившего
стационара) _____

Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства травмы) _____

Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) _____

Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен) _____

медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите название медицинской
организации)

Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) _____

Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (Состояние пациента на момент доставки

в стационар): _____

АҚ (АД) _____, ЖСЖ (ЧСС) _____, ТҚЖ (ЧДД) _____, PS _____,
Т _____,

Сагурация _____

Жеткізілді (Доставлен в) “ _____ ” сағ. (час), “ _____ ” мин. _____ 20 _____
жылғы (года)

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, доставившего пациента)

тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво)

САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

Операция 20 _____ жылғы (года) “ _____ ” _____ сағ. (час). _____

Аурудың арты (Исход заболевания): шығарылды (выписан), с улучшением,
без улучшения, с

увечьем, _____ (переведен в другой стационар) қайтыс болу (смерть), (керекті астын

сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Шыққан (қайтыс болу) күні (Дата выписки) (смерти)) _____

Емдеген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. лечащего врача) _____

Емдеу ұйымының ескертулері (санитариялық авиация бригадасының қызмет көрсету

кемшіліктерін көрсетіңіз).

Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания бригады санитарной

авиации): _____

Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 36-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №118-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Д е р е у
(и ә / ж о қ) / С р о ч н о
(да/нет)

№ ___ Оралымды мәлімдеме/

Оперативная заявка № _____

20__ ж. "___" _____
на "___" _____ 20__ г.

Тапсырыс беруші (Заказчик): _____

_____ (ұйымның, министрліктің, ведомство атауы)
(наименование организации, министерства, ведомства)

Пайдаланушы (Эксплуатант): _____

_____ (авиакомпания атауы)
(наименование авиакомпании)

Ұшу мақсаты (Цель полета) _____

_____ (транспорттау, операция жасау, кеңес беру, донорлық органдарды тасымалдау)

(транспортировка, операция, консультация, транспортировка донорских органов)

Әуе кемесінің түрі (Тип воздушного судна) _____

Ұшып кету уақыты (Время вылета) _____

(дата, время вылета (время Астаны))

(күні, ұшып кету уақыты (Астана уақытымен))

Әуе кемесінің маршруты және жүк темесі бойынша ұшу кезеңдері

(Маршрут и загрузка воздушного судна по этапам полета):

Жөнелту әуежайы Аэропорт отправления	Келу әуежайы Аэропорт прибытия	Жүктеу (Загрузка)			Тасымалдау тәсілі (отырыпкелу, жатып келу, қолда, кувездің ішінде) Способ транспортировки (сидя; лежа; на руках; в кувезе)
		С А О М Б кызметкерлерінің с а н ы Количество сотрудников МБСА	Пациенттердің с а н ы Количество пациентов	Алып жүрушілер с а н ы Количество сопровождающих	

Жедел өтінімді алу/бас тарту туралы ақпарат

(Информация по получению/отказа оперативной заявки эксплуатантом):

жолдамасына қосымша парак

Вкладной лист к направлению

№ _____ посписочному

на исследование образцов крови

методом ИФА на антитела к

ВИЧ

Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге жолдама

№ _____

Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ – в референс лабораторию

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Жынысы (Пол) _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Азаматтығы (Гражданство) _____

ЖСН (ИИН) _____

ӘАОЖ коды (КАТО) _____

Тұрғылықты мекен жайы (Место жительства: ауыл, қала/город, село) _____

Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) _____

Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение) _____

Контингент коды (Код контингента) _____

**Жіберуші-зертханада алынған ИФА қорытындысы Результаты ИФА,
полученные в лаборатории-отправителя**

Сарысудың № сыворотки (S2)	Қойылған күні Дата постановки	Тест-жүйелердің атауы Наименование тест-системы	Жарамдылық мерзімі/Серия № Срок годности/№ серии	Қ и ы н жағдайдағы ОТ ОП-критическая	ОТ-сарысуы ОП-сыворотки
(S2)					

Сарысуды жіберген ұйымның мекенжайы, атауы (Адрес и наименование организации,
направившей сыворотку) _____

(ұйымның тел.) (тел.организ.) телетайп, телеграф, электрондық пошта мекенжайы (адрес
электронной почты)

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица,
направившего материал) _____

Ескертпе: "контингенткоды" бағанына тексерілуші жататын тізімдегі барлық кодтар кіреді.

113, 117 және 2 кодтары үшін толық диагнозы жазылады (Примечание: в графу "код

контингента" заносятся все коды из списка, к которым относится обследуемый . Для кодов 113,

117 и 2 развернутый диагноз)

*

ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес республикалық орталығының зертханасына

жіберіледі; мекенжайы 480008. Алматы қаласы, Әуезов көшесі, 84

*

Представляется в лабораторию Республиканского центра по профилактике и борьбе со

СПИД по адресу: 480008 г. Алматы. ул. Ауэзова, 84.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 37-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №264/ у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелеріне зерттеуге

№ _____ тізімдік жолдама

Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Ұйымның атауы _____

(Наименование организации)

Бөлімше _____

(Отделение)

Р/Р № (п/п №)	МҰ тіркеу № (п/п № МО)	Алынған күні (Дата забора)	Зертхананың тіркеу № (Регистрационный № лаборатории)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	ЖСН ИИН	Гражданство	ЭАОЖ коды (Код КАТО)	Код

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі, қолы (толық) (Должность, фамилия, подпись
лица (разборчиво), направившего материал)

Жіберген ұйымның мөрі

(Место печати направившего учреждения)

Тексеріс қорытындысы (Результаты исследований)

Қорытындыны берген дәрігердің қолы, жылы, айы, күні

Дата, подпись врача выдавшего результат

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен
АИТВ антиденелеріне тізімдік
зерттеуге № __ жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к направлению
№ __ посписочному
на исследование образцов крови
методом ИФА на антитела к
ВИЧ

АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға арналған ПТР жолдама

Направление на ПЦР для детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей

АИТВ ДНК вирустық анықтама (определение провирусной ДНК ВИЧ)

Тегі: _____

Фамилия

Аты: _____

Имя:

Әкесінің аты (болған жағдайда): _____

Отчество (при его наличии)

Жынысы: _____ Туған күні: _____

Пол

Дата рождения

ӘАОЖ коды: _____ ЖСН/ИИН _____

Код КАТО:

Мекен жайы: _____

Место жительства:

Тексеру кезіндегі диагнозы: _____

Диагноз на момент обследования:

Анасының Т.А.Ә., туған жылы: _____

Ф.И.О. матери, год рождения

Анасының иммуноблотының №: _____

№ иммуноблота матери

Материалды жіберген мекеменің атауы, мекен жайы: _____

Адрес и наименование учреждения, направившего материал

Материалды алған күні мен уақыты : _____ \

Дата и время забора материала

ЖИТС РО-на жіберілген күні мен уақыты

Дата и время отправки в РЦ СПИД: _____

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Должность, Ф.И.О.(при его наличии)

направившего материал _____

зерттеуге № __ жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к направлению
№ __ посписочному
на исследование образцов крови
методом ИФА на антитела к
ВИЧ

АИТВ-ға вирустық жүктеме жолдамасы

Направление на вирусную нагрузку на ВИЧ

Т.А.Ә.(болған жағдайда)(Ф.И.О(при его наличии)):

Туған күні (Дата рождения): _____

Жынысы (Пол): _____

Тексеру кезіндегі диагнозы (Диагноз на момент обследования): _____

109 код қажүктілік мерзімі (Срок беременности для кода 109): _____ апта/
нед.

Иммуноблот нөмірі (Номер иммуноблота): _____

Берліген күні (Дата выдачи) ИБ __.__.____ ж.

Вирусқа қарсы терапияның басталған күні (Дата начала противовирусной
терапии):

АРТ-ты тоқтату мерзімі (Дата прерывания АРТ): _____

Тоқтатылғаннан кейінгі АРТ-ны жаңарту мерзімі (Дата возобновления АРТ
после
прерывания): _____

АИТВ-ға вирустық жүктемені тексерудің алдыңғы нәтижесі мен оның мерзімі
(Дата и результат предыдущего обследования на вирусную нагрузку на ВИЧ):

СД4-ке соңғы тексеру мерзімі мен нәтижесі (Дата и результат последнего
обследования на СД4): _____

АРТ-ға бейімделу деңгейінің соңғы бағасы (жыл, тоқсан, бейімделуі (%),
төмен бейімделіктің

себебі): Последняя оценка уровня приверженности АРТ (год, квартал,
приверженность (%),

причина низкой приверженности): _____

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование организации,

направившей материал): _____

Материалды алу мерзімі мен уақыты (Дата и время забора материала): ____ ____

Плазманы тоңазыту мерзімі мен уақыты (Дата и время замораживания плазмы):

ЖИТС РО-на жіберілген күні мен уақыты (Дата и время отправки в РЦ СПИД): _____

Материалды жолдаған дәрігердің тегі (Фамилия врача, направившего материал): _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен
АИТВ антиденелеріне тізімдік
зерттеуге № __ жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к направлению
№ ____ посписочному
на исследование образцов крови
методом ИФА на антитела к
ВИЧ

Қан үлгілерін ифт әдісімен аитв антиденелерін зерттеуге

№ _____ жеке жолдамасы

Направление индивидуальное № _____

на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Тексеруге жіберген ұйымның және бөлімшенің атауы _____

(Название организации и отделение направляющего на исследование)

Т.А.Ә.(болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии))

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

Азаматтығы(Гражданство) _____

Жынысы(Пол) _____

Тұлғаны растайтын құжаттың атау мен нөмірі _____

(Наименование, номер документа, удостоверяющего личность)

.....

Жұмыс орны және лауазымы _____

(Место работы, должность)

Код _____

Диагнозы (Диагноз) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Қанды алған күн (Дата забора крови) _____

Зертханаға қанның түскен күні (Дата поступления крови в лабораторию) _____

Материалды лабораторияға жіберген күні _____

(Дата отправки материала в лабораторию)

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы _____

(Должность, фамилия (разборчиво), подпись лица, направившего материал)

Тексеріс қорытындысы (Результат исследования)

Қорытынды берілген күн, дәрігердің қолы _____

Дата, подпись врача, выдавшего результат

Мен, _____

менің

персоналдық деректерімді электрондық ақпараттық ресурстарға енгізуге және
тестілеуге және

консультация жасауға келісемін ("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау
жүйесі туралы"

Қазақстан Республикасының 18.09.2009ж. №193-4 Кодексінің 28-бабы).

Я, _____

согласен(на) на

консультирование и тестирование, и внесение моих персональных данных в
электронные

информационные ресурсы (ст. 28 Кодекса РК О здоровье народа и системе
здравоохранения

от 18.09.2009 N 193-4).

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен
АИТВ антиденелеріне тізімдік
зерттеуге № __ жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к направлению
№__ посписочному
на исследование образцов крови
методом ИФА на антитела к
ВИЧ

**АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға резистенттілігіне
жолдама**

Направление на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Күні, ИБ № (Дата, № ИБ) _____

Вирустарға қарсы препараттардың үзілісі мен ауыстыруды көрсете отырып
АРТ басталу күні

(Дата начала АРТ, с указанием перерывов и смены противовирусных
препаратов)

АРВ перпараттары (АРВ препараты) _____

Емделуді сақтауы (Приверженность) _____

Зертханалық зерттеулердің соңғы нәтижелері (Результаты последних
лабораторных

исследований):

СД4, күні (дата) _____

ВН, күні (дата) _____

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и
наименование организации,

направившей материал): _____

Жіберілген күні (Дата отправки): _____

Материалды жолдаған адамның Т.А.Ә., лауазымы (Должность, Ф.И.О.,
направившего

материал) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен
АИТВ антиденелеріне тізімдік
зерттеуге № __ жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к направлению
№ _____ посписочному
на исследование образцов крови
методом ИФА на антитела к
ВИЧ

АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі

Результат исследования резистентности ВИЧ

к антиретровирусным препаратам

Тіркеу (Регистрационный) № _____
Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О.)(при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____
Иммуноблоттын № (№ иммуноблота) _____
Материалды жіберген ұйымның атауы :
(наименование организации, направившей материал)

ЖИТС РО зертханасына материалдың келіп түскен айы, күні _____

(Дата поступления материала в лабораторию РЦ СПИД)

АРВ (АРВ препараты)	препараттары	Зерттеулер (Результат исследования)	нәтижесі
КТНИ (НИОТ)			
лимивудин (ЗТС)			
абакавир (АВС)			
зидовудин (АЗТ)			
ставудин (D4T)			
диданозин (DDI)			

эмтрицитабин (FTC)	
тенофовир (TDF)	
КТЕНИ (ННИОТ)	
делавердин (DLV)	
рилпивирин (RPV)	
эфаиренз (EFV)	
этравирин(ETR)	
невирапин (NVP)	
Протеаза ингибиторлары-ПИ (Ингибиторы протеазы - ИП)	
атазанавир/г (ATV/г)	
дарунавир/г (DRV/г)	
фосампренавир/г (FPV/г)	
индинавир/г (IDV/г)	
лопинавир/г (LPV/г)	
нелфинавир (NFV)	
саквинавир/г (SQV/г)	
типранавир/г (TPV/г)	
Интегразаингибиторлары (ИИН) (Ингибиторы интегразы (ИИН))	
Ралтегравир	
элвитегравир (EVG)	
долутегравир(DTG)	
Қосылу ингибиторлары (Ингибиторы слияния)	
энфувиртид	

АИТВ-ның субтипi (Субтип ВИЧ)			
КТНИ	- қа	төзімділігінің	мутациясы
(Мутации резистентности к НИОТ)			
КТЕНИ	- қа	төзімділігінің	мутациясы
(Мутации резистентности к ННИОТ)			
ПИ - қа		төзімділігінің	мутациясы
(Мутации резистентности к ИП)			
ИИН - ге		төзімділігінің	мутациясы
(Мутации резистентности к ИИН)			

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Нәтиженің берліген күні (Дата выдачи результата) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен
АИТВ антиденелеріне тізімдік
зерттеуге № __ жолдамасына
қосымша парак

Вкладной лист к направлению
№ _____ посписочному
на исследование образцов крови
методом ИФА на антитела к
ВИЧ

Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге жолдама

№ _____

Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ – в референс лабораторию

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Жынысы (Пол) _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Азаматтығы (Гражданство) _____

ЖСН(ИИН) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

Тұрғылықты мекен жайы (Место жительства: ауыл, қала/город, село) _____

Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) _____

Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение) _____

Контингент коды (Код контингента) _____

Жіберуші-зертханада алынған ИФА қорытындысы Результаты ИФА, полученные в лаборатории-отправителя

Сарысудың № сыворотки (S2)	Қойылған күні Дата постановки	Тест-жүйелердің атауы Наименование тест-системы	Жарамдылық мерзімі/Серия № Срок годности/№ серии	Қ и ы н жағдайдағы ОТ ОП-критическая	ОТ-сарысуы ОП-сыворотки
(S2)					

Сарысуды жіберген ұйымның мекенжайы, атауы (Адрес и наименование организации,

направившей сыворотку) _____

(ұйымның тел.) (тел.организ.) телетайп, телеграф, электрондық пошта мекенжайы (адрес

электронной почты)

Материалды жнберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица,

направившего материал)

Ескертпе: "контингенткоды" бағанына тексерілуші жататын тізімдегі барлық кодтар кіреді.

113, 117 және 2 кодтары үшін толық диагнозы жазылады (Примечание: в графу "код

контингента" заносятся все коды из списка, к которым относитс обследуемый . Для кодов 113,

117 и 2 развернутый диагноз)

*

ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес республикалық орталығының зертханасына

жіберіледі; мекенжайы 480008. Алматы қаласы, Әуезов көшесі, 84

*

Представляется в лабораторию Республиканского центра по профилактике и борьбе со

СПИД по адресу: 480008 г. Алматы. ул. Ауэзова, 84.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 38-қосымша

А5 форматы	БСН бойынша ұйым коды
Формат А5	Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ-ға антиденелерді тексеру

қорытындысы

(ЖИТС РО диагностикалық зертхана)

Результат

исследования на антитела к ВИЧ

(диагностическая лаборатория РЦ СПИД)

№ _____

ЖИТС ОҚО (ОГЦ СПИД) _____

Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (обследуемого) (при его
наличии)

ЖСН/ИИН _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Тексеру коды (Код обследования) _____

Азаматтығы (Гражданство) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Место работы

Зерттеу (Исследования)	Күні (Дата)	Тест жүйенің түрі (Тип тест-системы)	Қиын жағдайдағы ОП Қан сарысуының ОП ОП критическая ОП сыворотки	Нәтиже (Результат)
ИФА		1 . 2 . 3.		
Иммуноблот			Белоктардың бейіні (Профиль белков)	Нәтиже (Результат)

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігер /Зертхананың маманы (Врач/Специалист лаборатории) _____

Нәтижені беру күні (Дата выдачи результата): _____

Диагностикалық зертхананың басшысы/меңгерушісі (Руководитель/
заведующий
диагностической лабораторией) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 39-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

						Анықталған күні (референс зертхананың нәтижесі	" Д " есепке алынған	Емдеуге жатқызылған күні мен орны (
Т.А.Ә. (болған жағдайда		Тексеру коды мен жұқтыру						

№	) Ф.И.О. (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған жылы / Год рождения	ж о л ы К о д обследования и путь заражения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы / Домашний адрес	бойынша) / Дата выявления (по результатам референс лаборатории)	күні / Дата взятия на "Д" учет	ЕПМ, бөлімше) / Дата и место госпитализации (ЛПУ, отделение)	Қайтыс болған күні / Дата смерти	Қ; бс оғ М см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы

Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 40-қосымша

А4 форматы / Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы / Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін консультация беруді есепке алу журналы

Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

Р/с № п/п	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Код	Жынысы Пол	Туған жылы Дата рождения	ЭАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, бала мектептік мекемесі Место работы, учебы, детское дошкольное учреждение	Тәуекел тобы Группа риска	Диагнозы Диагноз	АИТВ-ға тестілеу (өткізу мерзімі) (жоқ) Тестирован на ВИ (дата проведения да/нет)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 41-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-5/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы

Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированным пациентам

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

№	Аурудың ТАӘ (болған жағдайда)	ЖСН / ИИН	Туған жылы (Год рождения)	ИБ және күні (Дата и № ИБ)*	Диспансерлеу есепке алу күні (Дата взятия на диспансерный учет)	Болған орны (үйі, ТИ, БАО)* (Место нахождения (дома, СИ, МЛС))	Клиникалық диагнозы, (Клинический диагноз)	ФГ-зерттеу күні, №, нәтижесі (Дата ФГ-исследования, №, результат)	ДБК (ВКК)	
									Изониазидті тағайындау күні (Дата назначения изониазида)	Курс ұзақы (Длительность курса)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1. Журнал номерленіп, тігіліп және мекеменің мөрімен бекітілуге тиісті (Журнал

должен быть пронумерован, прошнурован и закреплен печатью учреждения).

2. 1,4,5,7,8,10,12,14 және 16 бағандары бойынша айлық жинақтау жүргізіледі (По

графам 1,4,5,7,8,10,12,14 и 16 проводить ежемесячный свод).

ҚР ДСМ " АИТВ-инфекциясы және туберкулез бойынша бағдарламаларды шоғырландыру туралы" 16.11.2009ж. №722 бұйрығына сәйкес ахуалды тиімді бағалау және

мониторинг жүргізу үшін АИТВ-инфекциясы мен ТБ бірлескен ауруларға қатаң бақылау

жүргізу қажет (Согласно Приказу МЗ РК №722 от 16.11.2009г "Об интеграции программ по

туберкулезу и ВИЧ- инфекции", для эффективной оценки ситуации и проведения

мониторинга необходим строгий контроль больных с сочетанной инфекцией-ВИЧ/ТБ).

*

Сертификаты жазу күні Дата выписки сертификата	болған жағдайда) Фамилия , имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Күні, туған жылы Дата, год рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Мекенжайы Адрес	Жұмыс орны Место работы, должность	Төлқұжатының сериясы, № №, серия паспорта	Талдаудың № , нәтижесі № анализа , результат	Қа елі ке: Ст вы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 43-қосымша

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 272-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының

нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы

Журнал

регистрации и учета результатов сывороток крови,

поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

		Т.А.Ә. (болған					Сарысу қайдан			
--	--	----------------	--	--	--	--	---------------	--	--	--

Түскен күні (Дата поступления)	Сарысу № (№ сыворотки)	жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған жылы (Год рождения)	Жынысы (Пол)	Коды Код	түсті (Откуда поступила сыворотка)	Анализдің кою күні (Дата постановки анализа)	Тест-жүйе, сериясы (Тест-система , серия)	Сарысуд О Т (О П сыворотк
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 44-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 280/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Бракераждық журнал

Бракеражный журнал

Басталуы / начат " _____ " _____ 20__ ж / г

Аяқталуы / окончен " _____ " _____ 20__ ж / г

Бракераж туралы ақпаратты қабылдауға және жіберуге жауапты қызметкерлердің қолдарының сәйкестендіргіші / Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу информации о бракераже

Күні/дата	Қызметкердің Ф.И.О	Т.А.Ә (при его наличии)	(болған жағдайда) сотрудника	Қолы/подпись

--	--	--	--	--	--	--	--

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 281/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанды CD-4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама № _____

Направление на исследование крови на CD-4, CD-8
Т. А. Ә. (болған жағдайда)

Ф.И.О.(при его наличии): _____

Жынысы (Пол): _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения): _____

Тексеру кезіндегі диагнозы: _____

(Диагноз на момент обследования)

Иммуноблоттың номері (Номер иммуноблота) _____

Вирусқа қарсы емнің басталған уақыты: _____

(Дата начала противовирусной терапии)

CD-4, CD-8 бұдан бұрынғы тексеріс уақыты және қорытындысы _____

(Дата и результат предыдущего обследования на CD-4.CD-8)

Қанды алған күні, уақыты (Дата и время забора крови) _____

Материалды жіберген мекеменің атауы және мекенжайы (Адрес и наименование учреждения, направившего материал): _____

Материалды жіберген дәрігердің тегі (Фамилия врача, направившего материал): _____

Жіберілген күні (Дата отправки): _____

CD-4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы _____

Результаты исследования крови на CD-4, CD-8 № _____

Т. А. Ә. (Болған жағдайда)
(Ф.И.О.):при его наличии _____

Жынысы(Пол): _____ ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Иммуноблоттың № (№ иммуноблота) _____

Қанды зертханаға жеткізген күні, уақыты _____

(Дата и время доставки крови в лаборатории)

Талдауға қойған күні, уақыты _____

(Дата и время постановки)

CD4 _____ CD3 _____ CD8 _____ CD4/CD8 _____

Зертханашы-дәрігер _____
 (Врач-лаборант/специалист _____) лаборатория
 Берілген күні (Дата выдачи) _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау
 министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 4-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 46-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 201/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан талдауына жолдама

Направление на анализ крови

№ _____ 20__ жылғы (год) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС), 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

<p>Аутоиммунды аурулардың диагностикасы Диагностика аутоиммунных заболеваний <input type="checkbox"/></p> <p>Жиынтықты антиядерлы антиденелер скринингі (ANA screen /Суммарные антиядерные антитела скрининг (ANA screen) <input type="checkbox"/></p> <p>Екі спиральды (жасанды) ДНҚ IgG класының антиденесі (анти-дсДНК IgG, anti-double-stranded (native) DNA IgG antibodies, anti-dsDNA IgG/ Антитела</p>		<p>Дәрілік мониторинг/ Лекарственный мониторинг <input type="checkbox"/></p> <p>Вальпрой қышқылы/ Вальпроевая кислота <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

<p>классы IgG к двуспиральной (нативной) ДНК (anti-dsDNA IgG, anti-double-stranded (native) DNA IgG antibodies, anti-dsDNA IgG) <input type="checkbox"/></p> <p>Антифосфолипидті скрининг (IgM/IgG)/ Антифосфолипидный скрининг (IgM/IgG) <input type="checkbox"/></p> <p>IgG класының Антинейтрофилдық цитоплазмалық антиденелері (ANCA combi) / Антинейтрофильные цитоплазматические антитела класса IgG (ANCA combi) <input type="checkbox"/></p> <p>Экстракцияланған ядрлыантиденелер (ENA screen) /Экстрагируемые ядерные антитела (ENA screen) <input type="checkbox"/></p> <p>Гистондарға антиделер (Anti Histon)/ Антитела к гистонам (Anti Histon) <input type="checkbox"/></p> <p>Антимитохондриялды антиденелер (AMA-M2)/ Антимитохондриальные антитела (AMA-M2) <input type="checkbox"/></p> <p>Жүрек-тамыр ауруларының тәуекел маркерлері және кардио өзіндік ақуыздар/ Кардиоспецифичные белки и маркеры риска сердечно-сосудистых заболеваний <input type="checkbox"/></p> <p>Натриуреттік гармон (В-типі) N-сонғысы пропептид (proBNP)/ Натриуретического гормона (В-типа), N-концевой пропептид (Pro-BNP) <input type="checkbox"/></p>	<p>Қант диабетінің мониторингі/ Мониторинг сахарного диабета <input type="checkbox"/></p> <p>Глюкоза қосылған гемоглабин/ Гликозилированный гемоглобин <input type="checkbox"/></p> <p>Гематология формуламен берілген ОАК/ ОАК с формулой <input type="checkbox"/></p> <p>Ретикулоциттерді санау/ Подсчет ретикулоцитов <input type="checkbox"/></p> <p>Остеопороз диагностикасы/ Диагностика остеопороза <input type="checkbox"/></p> <p>Остеокальцин <input type="checkbox"/></p> <p>b-CrossLaps <input type="checkbox"/></p> <p>Бедеулік диагностикасы (қосымша түтікше)/ Диагностика бесплодия (доп. пробирка) <input type="checkbox"/></p> <p>Қандағы антиспермалдық антиденелер/ Антиспермальные антитела <input type="checkbox"/></p> <p>Анти-Мюллеров гормон <input type="checkbox"/></p> <p>b-ХГЧ антиденесі/ Антитела к b-ХГЧ <input type="checkbox"/></p> <p>Сепсис маркерлері/ Маркеры сепсиса <input type="checkbox"/></p> <p>Прокальцитонин <input type="checkbox"/></p>	<p>Циклоспорин <input type="checkbox"/></p> <p>Такролимус <input type="checkbox"/></p> <p>Мерез (қосымша түтікше)/Сифилис (доп. пробирка) <input type="checkbox"/></p> <p>Treponema pallidum жиынтық антиденесі/ Суммарные антитела к Treponema pallidum <input type="checkbox"/></p> <p>RW <input type="checkbox"/></p> <p>Микрореакция Бауыр фиброзының маркерлері/ Маркеры фиброза печени <input type="checkbox"/></p> <p>ELF-тест <input type="checkbox"/></p> <p>Қан тобы және Резус-фактор (қосымша түтікше)/ Группа крови и Резус-фактор (доп. пробирка) <input type="checkbox"/></p> <p>АИТВ (қосымша түтікше)/ВИЧ (доп. пробирка) <input type="checkbox"/></p> <p>Шетелдік азаматтарға АИТВ (қосымша түтікше) /Вич для иностранных граждан (доп. пробирка) <input type="checkbox"/></p>	
		Жұқпа (ЭХЛ әдісімен)/	

	Гормондар/ Гормоны	Инфекции(методом ЭХЛ)	ПЦР Real time
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ТТГ	<input type="checkbox"/>	Хламидиоз
	<input type="checkbox"/>	А гепатитінің	<input type="checkbox"/>
	Т3 жалпы/Т3 общий	HAV/HAV гепатит	Микоплазмоз
	<input type="checkbox"/>	А	<input type="checkbox"/>
	Т4 жалпы /Т4 общий	<input type="checkbox"/>	Уреаплазмоз
Клиникалық химия/ Клиническая химия	<input type="checkbox"/>	В гепатитінің	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Т3 еркін /Т3 свободный	HBsAg /HBsAg	Гарднереллез
АЛТ	<input type="checkbox"/>	гепатит В	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Т4 еркін/ Т4 свободный	<input type="checkbox"/>	Трихомониаз
АСТ	Анти-ТГ	С гепатитінің Anti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HCV/ Anti HCV	Кандидоз
Жалпы ақуыз/Общий белок	ТТГ рецепторынына	гепатит С	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	антиденелер/	Ж а л п ы	Цитомегаловирус (CMV)
Жалпы билирубин/ Билирубин общий	Антитела к рецеп. ТТГ	клиникалық	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	зерттеу/ Общеклинические	Герпес I, II түрлері (HSV
Тура билирубин /Билирубин прямой	Анти-ТПО (микросомалды	исследования	I,II)/Герпес I, II типы
<input type="checkbox"/>	тиреопероксидазаға	<input type="checkbox"/>	HSV I, II)
Несеп қышқылы/Мочевая кислота	антиденелер)/Анти-ТПО	Несептің	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	физико-химиялық	Соз/Гонорея
Несепнәр /Мочевина	ФСГ	микроскопиямен	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	зерттелуі/ Физко-химическое	Флороценоз NCTM
Креатинин	ЛГ	исследование мочи	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	с микроскопией	Флороценоз-Бактериалды
Глюкоза (қан қанты)/ Глюкоза (сахар крови)	Пролактин	<input type="checkbox"/>	в а г и н о з /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нечипоренко	Флороценоз –
Үшглицеридтер/ Триглицериды	Эстрадиол	тәсілімен жасалған	Бактериальный вагиноз
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	несеп талдауы/ Анализ мочи по	<input type="checkbox"/>
Холестерин-ЛПВП	Прогестерон	Нечипоренко	Флороценоз –
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Микоплазмы
Холестерин-ЛПНП	17-ОН Прогестерон (косымша	Уретро бөлетін	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	түтікше)/17-ОН Прогестерон (	микроскопиялық	Флороценоз – Аэробтар/ Флороценоз – Аэробы
Жалпы кальций (Са)/ Кальций общий (Са)	доп. пробирка)	зерттеу/ Микроскопическое	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	исследование	Флороценоз –
Магний (Mg)	Тестостерон	отделяемого	Кандидалар/Флороценоз
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	уретры	– Кандиды
Органикасыз фосфор / Фосфор неорганический	АКТГ (түтікшені мұзға кою)/	Өт дағын анықтау/ Определение	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	АКТГ (пробирку на лҰд)	желчного	Флороценоздың
Na/К/Са иондалған/Na/К/Са ионизированный	<input type="checkbox"/>	пигмента	комплекттік зерттеуі №1/ Комплексное
<input type="checkbox"/>	К о р т и з о л	<input type="checkbox"/>	исследование
Темір (Fe)/Железо (Fe)	Онкомаркерлер/Онкомаркеры	Тазалық дәрежесін	Флороценоз №1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	тексеретін	<input type="checkbox"/>
	/АФП (бауыр, аналық жыныс	жағынды/ Мазок на степень	Флороценоздың
	безі)/ АФП (печень, яички)	чистоты	комплекттік зерттеуі № 2 /Комплексное
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	исследование
	СА 15-3 (сүт безі)/СА 15-3(<input type="checkbox"/>	Флороценоз №2
	мол.железа)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	РЭА (ішек)/СЕА (кишечник)	<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Трансферрин	<input type="checkbox"/>	СА 19-9 (асказан, ұйқы безі)	Еркекбездің	АВП/ВПЧ (сапалық/ кач.
<input type="checkbox"/>	Ферритин	<input type="checkbox"/>	СА 19-9 (поджел. железа, желудок)	бүкпесін тексеру/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ЛЖСС	<input type="checkbox"/>	СА 125 (аналық бездері)/	Исследование	АВП/ВПЧ (сандық/кол.)
<input type="checkbox"/>	СРБ	<input type="checkbox"/>	СА 125 (яичники)	секрета	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	С-реактивті ақуыз кардио/	<input type="checkbox"/>	ПСА жалпы (простата)/	предстательной	Жоғары қауіпті
<input type="checkbox"/>	СРБ-кардио	<input type="checkbox"/>	ПСА общ. (простата)	железы	канцерогенды АВП
<input type="checkbox"/>	Ревматоидты фактор/	<input type="checkbox"/>	ПСА (простата)/Пса своб. (	Цитология	анықтау (сандық)/ВПЧ
<input type="checkbox"/>	Ревматоидный фактор	<input type="checkbox"/>	простата)	Жатыр мойны	высокого канцерогенного
<input type="checkbox"/>	Антистрептолизин	<input type="checkbox"/>	Гемостаз	тінін және	риска (кол.)
<input type="checkbox"/>	Иммунологиялық	<input type="checkbox"/>	Кан плазмасында	цервикалды	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	зерттеулер/	<input type="checkbox"/>	анализатормен (ПВ-ПТИ-МНО	каналды зерттеу/	ВПЧ (генотиптері/
<input type="checkbox"/>	Иммунологические	<input type="checkbox"/>) протромбинді индекс (ПТИ)	Исследование	генотип)
<input type="checkbox"/>	исследования	<input type="checkbox"/>	пен халықаралық қалыпты	соскобов шейки	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	IgA (иммуноглобулин А)	<input type="checkbox"/>	қатынасын (ХҚҚ) кезекті	матки и	Токсоплазмоз
<input type="checkbox"/>	IgM (иммуноглобулин М)	<input type="checkbox"/>	есептеумен протромбин	цервикального	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	IgG (иммуноглобулин G)	<input type="checkbox"/>	уақытын (ПУ) анықтау /Опред.	канала	CMV (сапалық/кач.)
<input type="checkbox"/>	IgE (иммуноглобулин E)	<input type="checkbox"/>	протромбинового времени (ПВ	Қалқағша бездің	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Зәр биохимиясы/Биохимия	<input type="checkbox"/>) с послед. расчетом	пунктатарын	CMV (сандық/кол.)
<input type="checkbox"/>	мочи	<input type="checkbox"/>	протромбин. индекса (ПТИ) и	зерттеу/	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Креатинин	<input type="checkbox"/>	международного	Исследование	В гепатиті (сапалық)/
<input type="checkbox"/>	Несепнәр/Мочевина	<input type="checkbox"/>	нормализованного отношения (	пунктатов	Гепатит В (кач.)
<input type="checkbox"/>	Несеп қышқылы/Мочевая	<input type="checkbox"/>	МНО) в плазме крови на	щитовидной	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	кислота	<input type="checkbox"/>	анализаторе (ПВ-ПТИ-МНО)	железы	В гепатиті (сандық)/
<input type="checkbox"/>	Глюкоза (қант)/Глюкоза (<input type="checkbox"/>	Қан плазмасындағы	Сұйықтықты	Гепатит В (кол.)
<input type="checkbox"/>	сахар)	<input type="checkbox"/>	фибриногенді талдауышта	цитология	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	анықтау/Опред. фибриногена в	аппаратындағы	С гепатиті (сапалық)/
		<input type="checkbox"/>	плазме крови на анализаторе	ПАП-тест арқылы	Гепатит С (кач.)
		<input type="checkbox"/>	Талдауышта плазмадағы	жатыр мойны	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	белсендендірілген жартылай	жағындысын	С гепатиті (сандық)/
		<input type="checkbox"/>	тромбопластин уақытын	цитологиялық	Гепатит С (кол.)
		<input type="checkbox"/>	анықтау (БЖТУ)/Опред.	зерттеу/	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	активированного частичного	Цитологическое	С гепатиті (генотиптері)/
		<input type="checkbox"/>	тромбопластинового времени (	исследование	Гепатит С (генотип)
		<input type="checkbox"/>	АЧТВ) в плазме крови на	мазка из шейки	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	анализаторе	матки ПАП-тест	D гепатиті (сапалық)/
		<input type="checkbox"/>	Талдауышта қан	на аппарате	Гепатит D (кач.)
		<input type="checkbox"/>	плазмасындағы тромбин	жидкостной	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	уақытын (ТУ) анықтау/ Опред.	цитологии	D гепатиті (сандық)/
		<input type="checkbox"/>	тромбинового времени (ТВ) в	Мұрын	Гепатит D (кол.)
		<input type="checkbox"/>	плазме крови на анализаторе	қуысындағы	РИФ -диагностика
		<input type="checkbox"/>		сілекей қабығы	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		қырындысының	Хламидии
		<input type="checkbox"/>		риноцитограмасы	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		/ Риноцитограмма	Микоплазмоз
		<input type="checkbox"/>		соскоба со	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		слизистой	Уреаплазмоз
		<input type="checkbox"/>		оболочки носовой	
		<input type="checkbox"/>		полости	

*

Белгіленген тестілер саны (Кол-во назначенных тестов) дәрігердің МӨ (МП
врача)

(бланкі толтырушы дәрігердің жазбасымен көрсетіледі (указывается
прописью врачом,
заполняющим бланк)

Ескертпе (Примечание): Зертхана жасалған тесттердің тізімін, зерттеу түрін,
өлшем әдісін

көрсетеді (Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид
исследования, метод
измерения)

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его
наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования
) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қанды экспресс-әдіспен талдау

Анализ крови экспресс-методом

№ _____

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған
күні (дата
направления)
Т.А.Ә. (болған жағдайда)
Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС), 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтижесі (Результат):

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қан талдауы

Анализ крови

№ _____

кеңейтілген (развернутый)

№ _____ 20__ жылғы (ГОД) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Гемоглобин Е (М) Ә (Ж)			
Эритроциттер Е (М) (Эритроциты) Ә (Ж)			
Түсті көрсеткіш (Цветной показатель)			
Ретикулоциттер (Ретикулоциты)			
Тромбоциттер (Тромбоциты)			
Лейкоциттер (Лейкоциты)			

Нейтрофилдер Нейтрофилы	Промиеоциттер (Промиеоциты)			
	Миелоциттер (Миелоциты)			
	Метамиеоциттер (Метамиеоциты)			
	Таяқшайдролы (Палочкоядерные)			
	Сегментядролы (Сегментоядерные)			
Эозинофилдер (Эозинофилы)				
Базофилдер (Базофилы)				
Моноциттер (Моноциты)				
Лимфоциттер (Лимфоциты)				
Плазмалық клеткалар (Плазматические клетки)				
Эритроциттердің шөгу жылдамдығы (Скорость оседания эритроцитов) E (М) Ә. (Ж)				

Эритроциттердің морфологиясы

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз макроциттер, микроциттер (Анизоцитоз макроциты, микроциты)

Пойкилоциттер (Пойкилоциты) _____

Базофилді түйіршіктігі бар эритроцитоз (Эритроцитоз с базофильной зернистостью)

Полихроматология _____

Жолли денешіктері, Кебот сақиналары (Тельца Жолли, кольца Кебота) _____

Эритро-нормобластар (100-лейкоцитке) Эритро-нормобласты (на 100 лейкоцитов) _____

_____ Мегалобластар (мегалобласты) _____

Лейкоцитердің морфологиясы (Морфология лейкоцитов)

Ядролар гиперсегментациясы (Гиперсегментация ядер) _____

Уытты түйіршіктік (Токсогенная зернистость) _____

20 ____ жылғы (года) _____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа) Орындаушының қолы (Подпись исполнителя)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак

Вкладной лист к анализу крови

Қанды микрореакцияға жіберу

Направление крови на микрореакцию

№ _____

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтиже (Результат)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)
) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Вассерман реакциясы және тағы басқа қан талдауы

Анализ крови реакция Вассермана и другие

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған
күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(Г ОБМП),

3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынамааны жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Вассерман реакциясы антигендермен (Реакция Вассермана с антигенами):

кардиолипінді (кардиолипиновым) _____

арнайы емес (неспецифическим) _____

солғын трепанемалардан (из бледных трепанем) _____

(культуралық) (культуральным) _____

ВР сандық титрі (Количественный титр РВ)

Вассерман реакциясы (суықта) (Реакция Вассермана (на холоде)

Трепонемалар қозғалу реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі -ТҚР) (Реакция иммобилизации

трепонем при наличии – (далее РИТ)

Иммунофлуоресценция реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ИФР) (Реакция

иммунофлуоресценции при наличии – (далее - РИФ)

ИФР-100 (РИФ-100) _____

ИФР-200 (РИФ-200) _____

ИФР-абсорб (РИФ-абсорб) _____

Экспресс-реакциялар (Экспресс-реакции):

Плазматест _____

ВДРЛ типті белсенсіздірілген сарысумен реакция (Типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой))

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы

глюкозамен жүктеуге төзімділік сынамасы

Анализ крови

проба на толерантность к нагрузке глюкозой

№ _____ 20__ жылғы (год) “ _____ ” _____ жолданған
күні (дата
направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследова-ние) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС), 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтижесі (результат): _____

Глюкозаның концентрациясы

(Концентрация глюкозы в) (ммоль/л)

Зерттеуді орындау уақыты қанда несепте

(Время исполнения исследования) (крови) (моче)

Аш қарынға (Натощак)

Бірінші жүктеме (Нагрузка первая)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Екінші жүктеме (Нагрузка вторая)

Бірінші жүктемеден кейін (После первой нагрузки через) мин

Жүктемеден (через)мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)мин. кейін (мин после нагрузки)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қанның/несептің биохимиялық талдауы

Биохимический анализ крови/мочи

№ _____

№ _____ 20__ жылғы (ГОД) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Жалпы нәруыз (Общий белок)			
Альбумин			
Несепнәр (Мочевина)			
Креатинин			
Несеп қышқылы (Мочевая кислота)			
Глюкоза			

Жалпы кальций (Кальций общий)			
Йондалған кальций (Кальций иониз.)			
Калий			
Натрий			
Хлоридтер (Хлориды)			
Темір (Железо)			
Магний			
Мыс (Медь)			
Церулоплазмин			
АлаТ			
АсаТ			
Билирубин жалпы (общий)			
Билирубин тура (прямой)			
Тимол сынамаcы (Тимоловая проба)			
ГГТП			
Сілті фосфатазасы (Щелочная фосфатаза)			
Холестерин			
Холестерин ЛПВН			
Холестерин ЛПНП			
Үшглицеридтер (Триглицериды)			
Липопротеидтер (Липопротеиды)			
Амилаза жалпы (общая)			
Креатинкиназа			
Липаза			
ЛДГ жалпы (общая)			
Серомукрид			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ

Вкладной лист к анализу крови

Коагуологиялық зерттеу

ҚАН ТАЛДАУЫ

АНАЛИЗ КРОВИ

коагулогические исследования

№ _____ 20__ жылғы (год) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата
направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(Г ОБМП),

3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

(повторное) (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу (Исследуемый компонент)	компоненті	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
Гематокрит				
Тромбоциттер (Тромбоциты)				
Мөлшері (Количество)				
Адгезия				
Агрегация				
Айви бойынша қан кету ұзақтығы (Длительность кровотечения по Айви)				
I кезең (фаза) протромбин құрылуы (протромбинообразование)				
Ли-Уайт бойынша пробиркадағы ұю уақыты (Время свертывания по Ли-Уайту в пробирке)				
силиконсыз (несиликон.)				
силиконды (силиконир.)				
Аутокоагулограмма (АКТ)				
6 минутқа (на 6 мин.)				
8 минутқа (на 8 мин)				
10 минутқа (на 10 мин)				
Каолин- кефалин уақыты (каолин-кефалиновое время (АПТВ)				
II кезең (фаза) тромбин құрылуы (тромбинообразование)				
Протромбин индексі (протромбиновый индекс)				

III кезең (фаза) фибрин құрылуы (фибринообразование)			
Фибриноген А			
Тромбин уақыты (Тромбиновое время)			
Паракоагуляциялық тесттер (Паракоагуляционные тесты)			
В-нафтолды (В-нафтоловый)			
Этанолды (этаноловый)			
Протаминсульфатты (Протаминсульфатный)			
IV кезең (фаза) Антикоагулянттық жүйе (Антикоагулянтная система)			
Фибринолиз өздігінен (спонтанный)			
Эуглобулинді (эуглобулиновый)			
Ұйытындының гемостатикалық қасиеттері (гемостатические свойства сгустка)			
Плазманың гепаринге төзімділігі (Толерантность плазмы к гепарину)			
Антитромбин III			
Плазминоген			
Ретракция			
Фибриназа – XIII			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Серологиялық зерттеулер нәтижесі қан талдауы

Анализ крови результат серологических исследований

№ _____ 20__ жылғы (ГОД) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

1) КБР антигендермен (РСК с антигенами) _____

а) Провачек (Провачека) _____

б) Бернет (Ку қызбасы) (Бернета (лихорадка Ку)

в) орнитоз (орнитоза) _____

г) токсоплазмоз (токсоплазмоза) _____

2) ТКАР антигендермен (РПГА с антигенами):

а) дизентерия (дизентерийными) _____

б) сальмонеллез (сальмонеллезными) _____

в) сүзек-паратиф (тифо-паратифозными) _____

г) бөртпе сүзек (сыпно-тифозными) _____

3) Хеддельсон реакциясы (Реакция Хеддельсона) _____

4) Райт реакциясы (Реакция Райта) _____

5) Латекс-агглютинация реакциясы (Реакция латекс-агглютинации) _____

(эхинококкоз)

б) Пауль-Буннель реакциясы (Реакция Пауль-Буннеля) _____

(моноклеоз)

7) Видаль реакциясы (Реакция Видаля) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Талдау

Анализ

№ _____

Қанды LE- клеткаға зерттеу

(Исследование крови на LE - клетки)

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

№ _____ ИФА/ИХЛ гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан/несеп талдауы

Анализ крови / мочи на содержание гормонов и медиаторов № _____ ИФА/ИХЛ

№ _____ 20__ жылғы (ГОД) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы) " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
ЛГ	Әйелдер (Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза) Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		
ФСГ	Әйелдер (Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза) Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		

Эстрадиол	Әйелдер (Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза) Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		
-----------	--	--	--

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қанды ИФА/ИХЛ/ЭХЛ/иммуноблот әдісімен зерттеуге

қан талдауына жолдама № _____

Направление к анализу крови № _____

исследование крови методом ИФА/ИХЛ/ЭХЛ/иммуноблот

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Пациент Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения)

_____ ЖСН(ИИН) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____

Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) врача, направившего на исследование _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС,

6 – договор

Обследование: первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " _ " " _ " " _ " год " _ " ч.
" _ " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
АНАV YgM			
HbsAg			
a-Hbcor IgM			
a-HCV IgG			
a-HB cor JgG			
HbeAg			
a-Hbe			
a-Hbs			
a-HDV JgM			
a-HDV total			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Цитогенетикалық зерттеуге жолдама

Направление на цитогенетическое исследование

№ _____ 20__ жылғы (ГОД) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата направления)
Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.)_ (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС), 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Кариотип (Кариотип) _____

(нормаға сәйкес, нормаға жатпайды (норма, не норма)

(еркектік, әйелдік (мужской, женский))

Жіберілген күні (Дата направления) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Дәрігер (Врач) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Цитогенетикалық зерттеу

Цитогенетическое исследование

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК=

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Кариотип (Кариотип) _____

(нормаға сәйкес, нормаға жатпайды (норма, не норма))

Берілген күні (Дата выдачи анализа) " ___ " _____ 20 __ ж. (г.)

Дәрігер (Врач) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак

Вкладной лист к анализу крови

Иммунограмма

№ _____ 20__ жылғы (год) “ ___ ” _____ жолданған күні
(дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі / Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі / Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері (Единицы СИ)
Т-белсенді (Т-активные)			
Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			
Т-хелперлер (Т-хелперы)			
Т-супрессорлар (Т-супрессоры)			
Аутологиялық л-ф (Аутологичные л-ф)			
In vitro әсерінен кейінгі Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты после воздействия in vitro)			
Т-левамизол			
Т-тималин			
Т-белсенді (Т-активные)			
Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (Ф.И.О. врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения)

исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Иммунологиялық талдау

Иммунологический анализ

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған
күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС), 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

№	Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
1	Лейкоциттер (Лейкоциты)			
2	Нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігі Фагоцитарная активность нейтрофилов			
3	Фагоцитарлық сан Фагоцитарное число			
4	Фагоцитоз аяқталу индексі Индекс завершенности фагоцитоза			
5	НСТ+нейтрофилдер НСТ + нейтрофилы			
6	НСТ+ширатылған нейтрофилдер НСТ + стимулированные нейтрофилы			
7	Ширату индексі Индекс стимуляции			
8	Комплементтің гемолиздік белсенділігі Гемолитическая активность комплемента			
9	Қанда айналып жүрген иммундық кешендер Циркулирующие иммунные комплексы			
10	Теофиллин – резисты Теофиллин – резистентные			

11	Теofilлин – сезімтал Теofilлин - чувствительные			
12	Аз сараланған жасушалар: (Малодифференцированные клетки) В-лимфоциттер (В-лимфоциты) Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			
13	Т-хелперлер (Т-хелперы)			
14	Т-супрессорлар (Т-супрессоры)			
15	Т- лимфоциттердің абсолюттік саны Абсолютное количество Т-лимфоцитов			
16	В-лимфоциттер (М-РОК) В-лимфоциты (М-РОК)			
17	Р Т М П с Ф Г А Жосу индексі (Индекс миграции) Жосу көрсеткіші (Показатель миграции) Жосу тежелуінің индексі (Индекс миграции т о р м о ж е н и я) Жосу тежелуінің көрсеткіші (Показатель миграции торможения)			
18	Иммунoglobulin А			
19	Иммунoglobulin М			
20	Иммунoglobulin G			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Фенилкетонурия және туа біткен гипотиреозды анықтауға скринингтік зерттеудің нәтижелері

Результат скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз

№ _____ 20__ жылғы (год) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата)

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОВМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері (Единицы СИ)
Фенилаланин			
ТТГ			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

ПТР әдісімен зерттеу нәтижелерін талдау биоматериал (қан сарысуы, плазма, тұтас ,несеп,түкірік, шауқат) /Анализ

результата исследования методом ПЦР биоматериал (кровь-сыворотка, плазма, цельная; моча, слюна, сперма)

Тіркеу № _____

Регистрационный №

№ _____ 20 ____ жылғы (ГОД) “ ____ ” _____ жолданған күні (дата

направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное

(нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора,

время доставки пробы) " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу (Исследуемый компонент)	компоненті	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
АҚТҚ-ға вирустық ДНК /Провирусная ДНК ВИЧ				

1 мл –дегі АҚТҚ РНК санының көшірмесі копий РНК ВИЧ в 1 мл	Количество		
В гепатитінің ДНК-сы / ДНК гепатита В			
С гепатитінің РНК-сы / РНК гепатита С			
С гепатитінің генотипі / Генотип гепатита С			
1 мл –дегі ВГС РНК санының көшірмесі РНК ВГС в 1 мл	Количество копий		

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді

(Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау

Направление крови на биохимический генетический скрининг

Ұйымның атауы және мекенжайы _____

(Название и адрес организации)

АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ жолдау (керегін сыз)

(Направление на АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ (нужное подчеркнуть))

Қан алу күні (Дата забора крови) _____

Жүкті әйелдің ТАӘ. (ФИО беременной) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Салмағы (Вес) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны (Телефон) _____

Соңғы етеккір күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта (күні, айы, жылы)

(Дата последней менструации) (срок беременности) недель (день, месяц, год)

1 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 1 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

ҚТК (құйымшақ-төбе көлемі) _____ (мм)

КТР(копчико-теменной размер)

ЖКҚ (жаға кеңістігінің қалыңдығы) _____ (мм)

ТВП (толщина воротникового пространства)

2 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 2 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

БПК (бипариеталдық көлем) _____ (мм)

БПР(бипариетальный размер)

Қосымша мәліметтер:

Дополнительные сведения

Шылым шегу _____

— (Курение)

Егіз, үш егізек _____

(Двойня, тройня)

Қант диабеті _____

(Сахарный диабет)

Экстракорпоралдық ұрықтандыру _____

— (Экстракорпоральное оплодотворение)

Сыртартпадағы Даун синдромы _____

— (Синдром Дауна в анамнезе)

Сыртартпадағы Эдвардс синдромы _____

— (Синдром Эдвардса в анамнезе)

Сыртартпадағы невралдық түтік ақауы _____

(Дефекты нервной трубки в анамнезе)

Дәрігер _____

— (Врач) ТАӘ, қолы, дербес мөрі (ФИО, подпись, личная печать)

Ұйым _____ тел. _____

(Организация)

Жіберу күні _____

(Дата направления)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 47-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 204/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама

Направление на микробиологическое исследование (первичное, повторное)

№ _____

_____ 20____ жылғы (года) _____
_____ сағат (час) _____ минут.

материалды алу күні мен уақыты (дата и время взятия материала)

(в) _____ зертханаға
(лабораторию)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения)

_____ медициналық карта (медицинская карта) № _____
ұйым

(организация) _____

Бөлімше (Отделение) _____ палата

_____ учаске (участок) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____

Тұрақты мекенжайы (уақытша болса, тексерілуші кімнің үйінде тұрып жатыр, Т.А.Ә. көрсетіңіз)

(Адрес постоянного места жительства, временного с указанием Ф.И.О., у которого проживает обследуемый) _____

Жұмыс, оқу орны (балалар мекемесінің, мектептің атауы) (Место работы, учебы

(наименование

детского учреждения, школы) _____

Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания):

Зерттелу көрсеткіштері: науқас, бұрын ауырған, реконвалесцент, бактерия тасушы, түйісуші,

профилактикалық зерттеу (Показания к обследованию: больной, переболевший,

реконвалесцент, бактерионоситель, контактный, профилактическое обследование)

(керекті астын сызыңыз) , толықтырып жазыңыз (нужное подчеркнуть),
вписать

Материал: қан, несеп, нәжіс, қақырық, дуоденум сұйықтығы, жұлын сұйықтығы, пунктат,

жарадан аққан сұйықтық, ірің, жалқық, секциялық материал, сілемейлі жағындысы, қырынды

және басқалар (Материал: кровь, моча, кал, мокрота, дуоденальное
содержимое,
спинномозговая жидкость, пунктат, раневое отделяемое, гной, выпот,
секционный материал,
мазок со слизистых, соскоб и др.)

(керекті астын сызыңыз) материал қайдан келгенін көрсетіп
жазыңыз (нужное подчеркнуть), вписать, указав, откуда получен материал

Зерттеудің мақсаты мен атауы (Цель и наименование исследования):

қандай инфекциялық ауруларға зерттеу керек (на какие инфекции
исследовать)
микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың
химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау (определение
чувствительности
выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия,
подпись лица,
направляющего материал) _____

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое
исследование

Микробиологиялық зерттеу нәтижесі

20__ ж. (г.) " ____ " _____

Қолы (Подпись) _____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое
исследование

Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың
химиятерапиялық

препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері

№ _____

Результат микробиологического исследования и определения
чувствительности выделенных

культур к химиотерапевтическим препаратам

20__ жылғы (года) " ____ " _____ биоматериал алынған күн (дата взятия
биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его
наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше

(отделение) _____ палата _____ учаске

(участок) _____ медициналық карта (медицинская
карта)

№ _____

Зерттегенде (При исследовании) _____

қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

	Микроорганизмдердің Наименование микроорганизмов	атау
Ажыратылды/ Выделены		
	1	2
	Микроорганизмдердің * с е з і м т а л д ы ғ ы Чувствительность	

Фуразолин									
Фурацилин									
Фурадонин									
Фурагин									
Фуразолидон									
Перти									
Норбактин									
Фторхинолондар Фторхинолоны									
Басқалар Прочие									

20 ____ жылғы (года) Қолы (Подпись) _____

Нәтижелерді белгілеу: дискілер әдісін қолданғанда – "+" белгісімен, сұйылту әдісін

қолданғанда - минимальды ингибирлеу (тоқтату) концентрациясы (мкг/мл)

(Результат отметить: при использовании метода дисков- знаком "+", при использовании

метода разведений

- указанием минимальной ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл))

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое
исследование

Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге ж о л д а м а Н а п р а в л е н и е на санитарно-микробиологическое исследование	Санитариялық-микробиологиялық зерттеу н ә т и ж е с і Р е з у л ь т а т санитарно-микробиологического исследования
----- Тіркеу (Регистрационный) № _____ Материал жіберілетін СЭС зертханасының және басқалардың атауы (Наименование лаборатории СЭС и другие, в которую направляется материал) _____ -----	----- Тіркеу (Регистрационный) № _____ Зерттеу жүргізген СЭС зертханасының және басқалардың атауы (Наименование лаборатории СЭС и др., проводившей исследования) _____ -----
----- Үлгілердің атауы мен саны (Наименование и число о б р а з ц о в) _____ -----	----- Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ -----
----- Ыдысы, орауы, маркіленуі (Тара, упаковка, маркировка) ----- -----	----- Үлгі іріктеу орын (Место отбора образца) _____ ----- Зерттеу мақсаты (Цель исследования на): _____

Іріктеу орны, күні, уақыты, НТҚ-ның атауы (Место, дата и время отбора, наименование НТД) _____	Материалдың зертханаға түскен күні (Дата поступления материала в лабораторию) _____
Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____
Зерттеу айғақтары: ағымды санитариялық бақылау ретінде, эпид. көрсеткіштер бойынша (астын сызыңыз немесе толықтырып жазыңыз) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____	(НТҚ-ға сай, НТҚ-ға сай емес, жоқ) (Соответствует НТД, не соответствует НТД, отсутствует) _____
Үлгіні іріктеп алған адамның лауазымы, тегі (Должность, фамилия лица, отобравшего образец) _____	Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа) 20__ жылғы (года) _____
	Дәрігердің тегі, қолы (Фамилия, подпись врача) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 48-қосымша

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 206/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы (результат иммуногематологического исследования крови пациента)	
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	
Туған күні, айы жылы	

(число, месяц год рождения)	
Бөлімше	
(отделение)	
Талдау күні	
(дата анализа)	
Қан тобыжәне резус тиістілігі	
(группа крови и резус-принадлежность)	
Зерттеуді жүргізген дәрігердің тегі	
(фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)	
Қанды иммуногематология зерттеудің қорытынды нәтижесі № _____ (результат заключительного иммуногематологического исследования)	
АВО бойынша қан тобы	
(группа крови по АВО)	
Резус тиістілігі	
(резус-принадлежность)	
Антиэритроциттік антидененің бар болуы	
(наличие антиэритроцитарных антител)	
Трансфузиологқа арналған нұсқау	
(рекомендации для трансфузиолога)	
Талдау берілген күн	
(дата выдачи анализа)	
Қан тобын зерттеген дәрігердің тегі	
(фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 49-қосымша

--	--	--	--

<p>A5 форматы Формат А5</p>	<p>БСН бойынша ұйым коды _____ _ _____ Код организации по БИН _____ _____</p>	<p>A5 форматы Формат А5</p>	<p>БСН бойынша ұйым коды _____ _ _____ Код организации по БИН _____ _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 207/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907</p>	<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 207/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907</p>
<p>Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (ABO бойынша қан тобы, резус-тиістілік/фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) ж о л д а м а) (направление на консультативные иммуногематологические исследования крови (группа крови по ABO,резус-принадлежность/ фенотип, нерегулярные антиэритроцитарные антитела/идентификация, антиглобулиновый тест прямой) (нужное подчеркнуть) Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____ _____ Туған күні (дата рождения) _____ _____ Ұйым (организация) _____ _____ Бөлімше/ учаске (отделение/ участок) _____ _____ Медициналық карта № (медицинская карта) _____ _ _ _ Диагнозы (диагноз) _____ _____ _____</p> <p>Консультативті зерттеудің қажеттілігі неден туындады (чем вызвана необходимость консультативного исследования) _____ _____</p>	<p>Қанды иммуногематология зерттеуге кенес беру нәтижесі № _____ (результат консультативного иммуногематологического исследования) Зертхана(лаборатория) _____ _____ Тегі, аты, әкесінің аты (болғанжағдайда) _____ _____ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____ _____ Туған күні (число месяц год рождения) _____ _____ Ұйым (Организация) _____ _____ Бөлімше (отделение) _____ _____ ABO жүйесі (группа крови по ABO) _____ _____ Резус тиістілігі/фенотип (резусөпринадлежность/ фенотип) _____ _ _ _ _____</p> <p>Антиэритроциттік антидене(нерегулярные антиэритроцитарные антитела/ идентификация _____ _____ _____</p> <p>Антиэритроциттік антидене ерекшелігі/субкласс (специфичность/субкласс антиэритроцитарных антител) _____ _____</p>		

<p>Донор қаны компоненттерінің трансфузия жүргізу туралы ақпарат (информация о проведенных трансфузиях компонентов донорской крови _____)</p> <p>20 ____ жылғы " ____ " " ____ " (год число месяц)</p> <p>Зерттеуге жіберген дәрігердің тегі _____</p> <p>(фамилия и инициалы врача, направившего на исследование)</p>	<p>Антиэритроциттік антидененің титры (титр антиэритроцитарных антител) _____</p> <p>Антиглобулинды тура тест (антиглобулиновый тест прямой/) _____</p> <p>Талдау берілген күн 20 ____ жылғы " ____ " _____</p> <p>(дата выдачи анализа) (год число месяц)</p> <p>Қан тобын анықтаған дәрігердің тегі (фамилия и инициалы врача, проводившего исследование) _____</p>
--	---

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 50-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 210/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Несеп талдауы

Анализ мочи

№ _____

20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения)

ЖСН(ИИН)

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. (при его наличии)
врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС,
6 – договор
Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)
Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный
(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " _ " " _ " " _ " год " _ " ч.
" _ " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
Физикалық-химиялық қасиеттер (Физико-химические свойства)			
Көлемі (Количество)			
Түсі (Цвет)			
Тұнықтығы (Прозрачность)			
Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность)			
Реакциясы (Реакция)			
Нәруыз (белок)			
Глюкоза			
Билирубин			
Уробилиноидтар (Уробилиноиды)			
Микроспиялық зерттеу (Микроскопическое исследование)			
Жалпақ эпителий (Плоский эпителий)			
Ауыспалы (Переходный)			

Бүйректің (Почечный)			
Лейкоциттер (Лейкоциты)			
Эритроциттер (Эритроциты) өзгермеген (неизмененные) өзгерген (измененные)			
Цилиндрлер (Цилиндры): гиалинді (гиалиновые) балауыз тәрізді (восковидные) түйіршікті (зернистые) эпителиалды (эпителиальные) лейкоциттік (лейкоцитарные) эритроциттік (эритроцитарные) пигменттік (пигментные)			
Сілемей (Слизь)			
Тұздар (Соли)			
Бактериялар (Бактерии)			

Ескертпе

*

: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание

*

: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) _____

_____ врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы

Вкладной лист к анализу мочи

Глюкозаның тәуліктік экскрециясын талдау

Биохимический анализ мочи суточной экскреции глюкозы/белок

№ _____

20__ жылғы (год) “__” _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения)

_____ ЖСН(ИИН) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. врача,
направившего на

исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 –
Субподряд, 5 – ОСМС,

6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный
(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " _ " " _ " " _ " год " _ " ч.
" _ " мин.

Аш қарынға глюкоза концентрациясы _____

(Концентрация глюкозы крови натощак)

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____

Пациент несепіндегі концентрация Бірліктер Нормасы

(Концентрация в моче пациента) (Единицы) (Норма)

Пациенттің несепіндегі тәуліктік экскреция нормасы (норма)
(суточная экскреция с мочей пациента)

Ескертпе

*

: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері,
өлшем

бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание

*

: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии) _____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы

Вкладной лист к анализу мочи

Зимницкий бойынша несеп талдауы

Анализ мочи по зимницкому

№ _____

20__ жылғы (год) “__” _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения)

_____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. ((при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч.
" "

мин.Қабылданған сұйықтың мөлшері (Количество принятой жидкости)

Өлшем нөмірі Номер порции	Сағаттар Часы	Салыстырмалы тығыздық Относительная плотность	Несеп мөлшері литрмен Количество мочи в л.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Күндізгі диурез (Дневной диурез) _____

Түнгі диурез (Ночной диурез) _____

Жалпы диурез (Общий диурез) _____

Ескертпе

*

: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем

бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание

*

: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии) _____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы

Вкладной лист к анализу мочи

Тәуліктік / бір реттік несепті биохимиялық талдау /

Биохимический анализ мочи суточная/разовая

20__ жылғы (год) “ ____ ” _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения)

_____ ЖСН(ИИН) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О.((при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС,

6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.

" " мин

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____

Концентрациясы (Концентрация):

фосфордың (фосфора) _____

кальцийдің (кальция) _____

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Фосфор			
Кальций			
Оксолат			

Примечание

*

: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения
Ф.И.О.(при его наличии)
врача выполнившего исследование
Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының
қосымша парағы
Вкладной лист к анализу
мочи форма № 210/у

Биоматериалдың Реберг сынамаcын биохимиялық (қан /несеп) талдау /

Биохимический анализ проба Реберга биоматериал (кровь/ моча)

20__ жылғы (год) “__” _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения)

_____ ЖСН(ИИН) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
Креатиннің концентрациясы Концентрация креатинина			
Тәуліктік диурез (Диурез за сутки)			
Минуттық диурез (Минутный диурез)			
Шумақшалық сүзілу (Клубочковая фильтрация)			
Каналдық реабсорбция (Канальцевая реабсорбция)			

Ескертпе

*

: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем

бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание

*

: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии) _____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 51-қосымша

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым Код организации по БИН _____	коды _____

Қазақстан
Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі
Министерство
здравоохранения
Республики Казахстан

	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қақырық талдауы

Анализ мокроты

Тегі, аты, әкенің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Түсі (Цвет) _____ Сипаты (Характер) _____

Қоспалар (Примеси) _____

Консистенция _____

артқы беті
оборотная сторона

Микроскопиялық зерттеу

Микроскопическое исследование

Эпителий (эпителий) _____	Талшықтар (Волокна) _____
Альвеолалық макрофагтар (Альвеолярные макрофаги) _____	серпімді (эластические) _____
_____	коралл тәрізді (кораллоподобные) _____
_____	әкке айналған (обызвествленные) _____
Лейкоциттер (Лейкоциты) _____	Туберкулез микобактериясы (Микобактерии туберкулеза) _____
_____	_____
_____	Саңырауқұлақтар (Грибы) _____

Эритроциттер (Эритроциты) _____ Б а с қ а ф л о р а
Эозинофилдер (Эозинофилы) _____ (Прочая флора) _____

Куршман спиралдері (Спирали
Куршмана) _____

Шарко-Лейден кристалдары (Кристаллы Шарко-Лейдена) _____

Типсіздік белгілері бар жасушалар (Клетки с признаками атипии) _____

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Қолы (Подпись) _____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

Қақырық талдауының
қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мокроты

Қақырықты экспресс зерттеу (алгоритмдік талдау)

Экспресс-исследование мокроты (алгоритмический анализ)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Дәрігердің тағайындауы бойынша (по назначению врача) _____

Пульмонологиялық диагнозы (Пульмонологический диагноз) _____

күні (число)

Тәуліктік қақырық мөлшелері (Количество в сутки)	қақырық мөлшелері мокроты	А з (Мало) 1	Орта (Среднее) 2	мөлшерде (Много) 3	К ө п (Много) 3
Қақырық (Характер мокроты)	сипаттамасы	Сілемейлі (Слизистая) 1	Сілемейлі-іріңді (Слизисто-гнойная) 2	іріңді (Гнойная) 3	
Қақырықтағы лейкоциттер (Количество лейкоцитов в мокроте)	мөлшері	А з (Мало) 1	Орта (Среднее количество) 2	мөлшерде (Много) 3	К ө п (Много) 3

Қақырықтағы эритроциттер (Количество эритроцитов в мокроте)	мөлшері	А з (Мало) 1	Орта (Среднее) 2	мөлшерде (количество)	К ө п (Много) 3
Микро (Микрокровохарканье)	қантүкіру	А з (Мало) 1	Орта (Среднее) 2	мөлшерде (количество)	К ө п (Много) 3

барлығы (всего):

Альвеола макрофагтарының Количество альвеолярных макрофагов	мөлшері	А з (Мало) 1	Орта (Среднее) 2	мөлшерде (количество)	К ө п (Много) 3
---	---------	--------------	------------------	-----------------------	-----------------

қосындысы (сумма)



	Альвеолалық қақырықта липидтер болуы Липиды в Альвеолярных мокротах	Эозинофилді лейкоциттер Эозинофильные лейкоциты	Куршман спиралдері Спирали Куршмана	Шарко-Лейден кристаллдары Кристаллы Шарко-Лейдена	Белгілердің қарқындылығы Интенсивность признаков
Аллергиялық компонент белгілері (Признаки Аллергического компонента)		0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3	
Бітелу компонентінің белгілері (Признаки обструктивного компонента)	0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3		

Қосымша тағайындалымдар мен микроскопиялық табылулар (Дополнительные назначения и микроскопические находки) _____

Зертханашы Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) лаборанта
Күні (Дата) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 52-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 218/енысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 218/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының
микроскопиялық нәтижесі (ИФР, көк метилен бояуы, Романовский
бойынша бояу) /**

**Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и
прямой кишки (РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по
Романовскому)**

№ _____ 20 ____ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған
күні (дата направления)

Пациент Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии) _____

Туған күні (Дата
рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Жынысы(Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы _____

Ф.И.О. (при его наличии)
врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 –
Субподряд, 5 – ОСМС,

6 – договор

Обследование: первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) "" "" "" год "" ч. ""

МИН.

Исследуемый компонент	Бөлінген сұйықтық (отделяемое из)			
	жатырдан, жатыр мойнынан (матки, шейки)	Үрпі каналынан (мочеиспускательного канала)	қынаптан (влагалища)	Тікішектен (прямой кишки)
эпителий				
лейкоциттер (лейкоциты)				
эритроциттер (эритроциты)				
микрофлора				
трихомонадалар (трихомонады)				
гонококктар (гонококки)				
гарднереллалар (гарднереллы)				
уреаплазмалар (уреаплазма)				
микоплазмалар (микоплазма)				
кандидалар (кандида)				
Типсіздік белгілері бар асушалар (клетки с признаками атипии)				

Ескертпе

*

: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем

бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт _____

Примечание

*

: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 53-қосымша

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 219/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Нежіс талдауы

Анализ кала № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) _____

1. Макроскопиялық зерттеу

Макроскопическое исследование

Пішіні (Форма) _____ Консистенциясы _____

Түсі (Цвет) _____ Иісі (Запах) _____

Сілемейдің болуы (Наличие слизи) _____ Ірің (Гноя) _____

2. Химиялық зерттеу

Химическое исследование

1. Қанға реакциясы (Реакция на кровь) _____

2. Трибуле реакциясы (Реакция Трибуле):

сірке қышқылымен (с уксусной кислотой) _____

үш хлорлы сірке қышқылымен (с трихлоруксусной кислотой) _____

сулемамен (с сулемой) _____

3. Стеркобилинге реакциясы (Р. на стеркобилин) _____

4. Билирубинге реакциясы (Р. на билирубин) _____

Микроскопиялық зерттеу/ Микроскопическое исследование

1. Дәнекер тіні (Соединительная ткань) _____

2. Бұлшық ет талшықтары (Мышечные волокна) _____

3. Бейтарап май (Нейтральный жир) _____

4. Май қышқылдары (Жирные кислоты) _____

5. Сабындар (Мыла) _____

6. Қорытылмайтын талшық (Непереваримая клетчатка) _____

7. Қорытылатын талшық (Переваримая клетчатка) _____

8. Крахмал _____

9. Йодофильді бактериялар (Йодофильные бактерии) _____

10. Сілемей (Слизь) _____

11. Лейкоциттер (Лейкоциты) _____

12. Эритроциттер (Эритроциты) _____

13. Эпителий _____

14. Қарапайымдар (Простейшие) _____

15. Глист жұмыртқалары (Яйца глист) _____

16. Ашытқы санырауқұлақшалар (Дрожжевые грибки) _____

17. Қорытылмаған ас қалдықтары (Остатки непереваренной пищи) _____

Талдау жүргізген (Анализ проводил) _____

20__ жылғы (года) " _____ " _____

Копрологиялық зерттеуінің
қосымша парағы
Вкладной лист к
копрологическому исследованию

**НӘЖІС/ преаналды қырынды талдауы (гельминттер жұмыртқасы,
жасырын қан, стеркобилин, билирубин)**

**Анализ кала/преанального соскоба (яйца гельминтов, скрытую кровь,
стеркобилин, билирубин)**

№ _____

20__ жылғы (года) _____ сағ.(
час) _____ мин

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его
наличии) врача,

направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
расчет), 2 –

ТМККК

(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (

ОСМС) , 6 – шарт

(договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын
сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /

Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " жыл (год)

" " сағ (ч.) " "

мин.

Гельминттер жұмыртқасы (Яйца гельминтов) _____

Қарапайымдар (Простейшие) _____

Жасырын қанға реакциясы (Реакция на скрытую кровь): _____

Стеркобилинге реакциясы (Реакция на стеркобилин)

Билирубинге реакциясы (Реакция на билирубин)

20__ ж. (г.) " ____ " _____ Қолы (Подпись) _____

—

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

название МО)	Күні (дата)	Б / Х	МНО	гормон	НbA1c	Гепатиты B,C	такролимус	циклоспорин	ПЦР	Қан тобы/ а-ти г р крови , а/ти	микрореакция	КЖТ / ОАК	НЖ / ОАК

Артқы жак/обратная сторона

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 55-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-2/енысанды мединалық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу
журналы /**

Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы
(года)

" ____ " _____ аяқталды (окончен)

Журнал сәйкессіздіктерді тіркеу мен жазуға арналған / Журнал предназначен
для регистрации и записи несоответсвий

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердің қолының сәйкестендіргіш / Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә.(болған жағдайда) /Ф.И.О. сотрудника при его наличии)	Қолы/подпись

Артқы жак/Обратная сторона

№	Сәйкессіздікті анықтау күні / Д а т а обнаружения несоответствия	Сәйкессіздік / Несоответствие	Сәйкессіздікті жою бойынша тез арадағы әрекеттер / Незамедлительные действия по устранению несоответствия	Қабылданған түзету шаралары / Принятые корректирующие меры	Қабылданған шаралардың тиімділігін бағалау және нәтижесі / Оценка и результат эффективности принятых мер

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 56-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулықсақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығыменбекітілген № 250-3/ енысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-3/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қауіпті-сынишамаларды анықтау және беру журналы /Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы
 (года)
 " ____ " _____ аяқталды (окончен)

**Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының
 сәйкестендіргіші / Идентификатор подписей сотрудников ответственных
 за ведение журнала**

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии)сотрудника	Қолы/подпись

Артқы жак/Обратная сторона

Р.с . № /№ п/ п	Күнідата	Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(инициалдары) Ф.И.О.(при его наличии) (инициалы) пациента	сәйкестендіру номері / номер идентификации	Жолдаған мед. ұйым Направившая организация	Дабылды -сыни мәні / Тревожно-критическое значение	Дабылды-сыни мәндерді анықтау уақыты / Время выявления тревожно критического значения	Дабылды-сыни мәндерді тап у а қ ы т ы Время перед тревожно-крити значения

2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 57-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 255/енысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 255/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Жабдықтың зертханалық паспорты журналы

Журнал

лабораторный паспорт оборудования

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончен)

Жабдыктар атауы/Наименование оборудования: _____

Өндіруші зауыттың сериялық нөмірі/Серийный номер завода производителя: _____

Түгендеу нөмірі/Инвентарный номер: _____

Пайдалануға енгізу мерзімі:/ Дата ввода в эксплуатацию: _____

Пайдалануға жауапты тұлға: / Ответственное лицо за эксплуатацию : _____

**Медициналық жабдыктардың ақауы туралы ақпарат / Информация о
неисправности
медицинского оборудования**

№	Қатардан шығу күні / Дата выхода из строя	Сыну себебі / Причина поломки	Қабылданған әрекеттер / Предпринятые действия	Сыну жойылды (күні мен уақыты) / Устранение поломки (дата и время)	Анықтау / Верификация	Сервис инженерінің Т.А.Ә.. және қолы (болған жағдайда) Ф.И.О(при его наличии) и подпись сервис-инженера

Артқы жақ/Обратная сторона

Калибрлеу туралы ақпарат / Информация о калибровках

№	Калибрлеу күні / Дата калибровки	Калибрлеу себебі / Причина калибровки	Орындаған (калибрлеуді өткізген зертханашының Т.А.Ә. . (болған жағдайда) Исполнил Ф.И.О.(при его наличии) лаборанта проводившего калибровку)	Тексерген (зертханашы дәрігердің Тегі.Аты.Әкесінің аты. (болған жағдайда) Проверил Ф..И.О(при его наличии) врача-лаборанта)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 58-қосымша

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 404/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 404/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама

Направление на кроводачу, плазмаферез, цитаферез и другие.

Төлем ақылы донор

(Платный донор)

Қан тобы (группа крови) _____

Rh-факторы (Rh - фактор) _____

Донор _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при наличии)

жіберіледі (направляется на):

1) қан өткізуге (кроводача), доза _____ мл

2) плазмаферезге (дискретты, аппаратты) иммундық-изоиммундық плазма (плазмаферез (дискретный, аппаратный), плазма иммунная - ,
изоиммунная) _____

керегінің астын сызу керек (нужное подчеркнуть)

3) иммундау (иммунизация) _____

түрін көрсету керек (указать вид) _____

20__ жыл(год) " ____ " _____ дәрігер (врач) _____

қолы (подпись)

кесу сызығы (линия отрыва)

Ақылы донор

Платный донор

Донор _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при наличии)

1. Қан, плазма, иммундық, изоиммундық плазма, қан жасушасын берді (керегінің астын

сызу керек) (дал кровь, плазму, плазму иммунную, изоиммунную, клетки крови) (нужное подчеркнуть)

мөлшері (в количестве) _____

_____ мл

жазумен (прописью)

2. Антиденелер титрі (титр антител) _____

жазумен (прописью)

3. Иммундау курсың өтті (прошел курс иммунизации) _____

_____ түрін

көрсетіңіз (указать вид)

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____ Жауапты тұлға (ответственное лицо) _____

_____ қолы (подпись)

Кассир немесе буфеттің жауапты тұлғасы толтырады (заполняется кассиром или ответственным

лицом буфета)

Донорға (донору выданы (нужное указать):

_____ сомасында
ақшалай өтемақы

(денежная компенсация в сумме) берілді (керегін көрсетіңіз)

жазумен (прописью)

Кассир _____ қолы (подпись)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 59-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 405/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
--	---

" ____ " _____ 20__ жылы донордың қан үлгісіндегі биохимиялық және
иммуногематологиялық зертханалық зерттеу нәтижелерінің ведомосы
(ведомость результатов биохимических и иммуногематологических
лабораторных исследований
образцов крови доноров за " ____ " _____ " 20__ года

р/с №	Донордың ТАӘ (болған жағдайда) п/ /ФИО при п (наличии) донора)	Донацияның сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер донации)	Донациялау күні (дата донации)	Қанды иммуногематология зерттеу нәтиже (результаты иммуногематологического исследования)				
				АВО бойынша қан тобы (группа крови по АВО)	Резус тиістілігі (резус принадлежность)	Фенотипі (фенотип)	Келл антигені (антиген Келл)	Тұрақсыз антиэритроцитті антиденелер нерегулярные антиэритроцитарни антитела)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ведомосты шығар күні/уақыты (дата/время выпуска ведомости) " ____ " _____ 20__
ж. (г.)

сағат (час) _____

Дәрігердің қолы (подпись врача)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 60-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Сарысу үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу
нәтижелерін растау ведомосы _____ Ведомость подтверждения**

результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____

								Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық з б ө л і м ш е с і Отделение лабораторных исследований трансфузионных инфекций				
№	Зертханалық нөмірі/ Лабораторный номер	Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при наличии) донора	Донация коды Код донации	Туған күні Дата рождения	Бөлімше Отделение	Қанды тапсыру күні Дата донации	Қорытынды нәтижені алған күні Дата получения окончательного результата	Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов ИХЛА/ИФА исследований на				І әр ал Ал де
								АИТВ 1,2	HBV	HCV	Мерез Сифилис	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Жауапты тұлға _____ (Т.А.Ә.) (болған жағдайда)
 Ответственное лицо _____ (Ф.И.О.) (при наличии) _____ подпи

Ведомосты алған күні мен уақыты _____ Бөлімінің _____ менгерушісі
 Дата и время получения ведомости _____ Заведующий отделением (подпись)

Ведомосты электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады.
 Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау
 министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 6-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 61-қосымша

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 406/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 406/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы

Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

Әскери билет сериясы және номері (Серия военного билета) _____ № _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Мекен-жайы мен телефоны (Адрес и телефон) _____

Ерекше белгілері (особые отметки)			
Фенотип/генотип (фенотип/генотип (ABO, Rh-Нг,HLA))		Антиденелер титрі (титр антител)	
Нәтижесі (результат)		Нәтижесі (результат)	
Күні (дата)		Қолы (подпись)	күні дата
		қолы подпись	

Донордың сауалнамасы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды

білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді

өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз

құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Туған күні _____ Жынысы _____ e-mail _____

ӘАОЖ коды _____

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша) _____

Үй телефоны _____ Ұялы телефоны _____

Қызмет телефоны _____ Жұмыс орны _____

р/с №	Сұрақтар	Жауаптары
	1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 14 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 12 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	
9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	
10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	
14.	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және тағы басқа)?	

15	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16	Тегіңізді өзгерттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
2. Сіз төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?		
17	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	
19	Күрделі аллергия, астма?	
20	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
3.Сіз жақында немесе бұрын ...?		
22	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23	Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
4. Әйелдер үшін қосымша		
25	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін		
27	Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; -тамыр арқылы есірткі қолданатын; -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар - өзге еркектермен (ерлер үшін) Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?	
Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз		

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы

мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз

тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға

тексерілетіндігіне келісімімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген

жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қаблдау үшін тиісті емдеу

ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана

жүргізілетінін түсінемін.

Маған менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы

ескертілді.

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына

сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен _____ тілінде дәрігер _____ түсіндіруімен

жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы _____ Дәрігердің қолы _____

_____ Күні _____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы,

поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности

как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Ф.И.О. (при наличии) донора _____

Дата рождения _____ Пол _____ e-mail _____

Код КАТО _____
Домашний адрес (фактический и по прописке) _____

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____

Рабочий телефон _____ Место работы, учебы _____

№ п/п	Вопросы	Ответы
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 месяца) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	
14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	
16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	

2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:	
17	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?
18	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?
19	Тяжелая аллергия, астма?
20	Судороги или заболевания нервной системы?
21	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?
3. Были ли у Вас:	
22	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?
23	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?
24	Были ли отводы от дачи крови?
4. Дополнительно для женщин:	
25	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?
26	Кормите ли Вы грудью?
5. Дополнительно для самооценки:	
27	<p>Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?</p>
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво,

осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя

кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С

и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден(а) о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен (согласна) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть

привлечен(а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были

разъяснены мне на _____ языке врачом _____

Подпись донора _____ Подпись врача _____

Дата _____

Д о н о р д ы ң	и м м у н д а у ға	к е л і с і м і
"Иммундау өткізу бағдарламасымен танысқаннан кейін, _____	антиденесімен	
и м м у н д а у ға	к е л і с і м	б е р е м і н . "
К ү н і	Қ о л ы	
С о г л а с и е	д о н о р а	н а
иммунизацию		
"Ознакомившись с программой проведения иммунизации _____	антигеном, даю	
с о г л а с и е	н а	и м м у н и з а ц и ю "
Дата	Подпись	

Донорлар есебіне жазылу күні	Осы кезеңде алынған барлық :	Қан тапсыру саны
Дата зачисления в доноры	Всего в этот период взято:	(Число кроводач) _____
20__ жыл (год) " ____ " _____	қан (крови) _____	_____
_____	м л .	Плазмаферездер саны)
Есептен шығарылу күні мен себебі	плазма (плазмы) _____	(Число плазмаферезов) _____
(Дата и причина снятия с учета) _____	м л .	_____
_____	лейкоциты _____ (10) ⁹ ,	Цитаферездер саны
	тромбоциты _____ (10) ¹¹ ,	(Число цитаферезов) _____

_____	сүйек кемігі (костного мозга)	Миелоксфузиялар саны
_____	_____мл. (10) ⁹	(Число миелоксфузий) _____
_____		_____ Қолы (Подпись)

Алғашқы тексеру

Первичное обследование

1. Ауру тарихы (анамнез)

1.1. Тұқым қуалаушылығы (наследственность) _____

1.2. Ауырған аурулары (оның ішінде операциялар) және оның болған уақыты (перенесенные заболевания (в том числе операции) и их давность) _____

1.3. Қан және оның компоненттерінің трансфузиялары (Трансфузии крови и ее компонентов) _____

1.4. Екпелер, егулер және олардың болған уақыты (Прививки, вакцинации и их давность) _____

2. Донорды тексерудің нәтижелері
(результаты текущего объективного обследования донора)

*

Донация	күні	(дата	донации)	
Донацияны	ынталандыру	(ақылы/ақысыз)		

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 407/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">Қан тобының таңбасы</p> <p style="text-align: center;">Марка группы крови</p> </div> <p>Санаты (қажеттінің астын сыз) (Категория (нужное подчеркнуть)) : бірінші рет/қайталанған (первичный/повторный) Донация түрі (қажеттінің астын сыз) (Вид донации (нужное подчеркнуть)) : қан/плазма/жасуша (кровь/плазма/клетки) Донацияны ынталандыру(қажеттінің астын сыз) (Мотивация донации (нужное подчеркнуть)): ақысыз (ерікті, мақсатты, аутологиялық) (безвозмездная (добровольная, целевая, аутологичная)); ақылы (платная) Күні (Дата) _____ Қан алынған орын (Место забора крови) _____</p>	<p>Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы Медицинская карта донора крови и ее компонентов</p>
---	---

<p>Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О.) (при наличии)</p> <p>Туған күні (дата рождения) _____</p> <p>Жынысы (пол) _____</p> <p>Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі (Номер документа, удостоверяющего личность) _____</p> <p>Әскери билет сериясы (Серия военного билета) _____ № _____</p> <p>Жұмыс орны (место работы) _____</p> <p>ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____</p>	<p>Қан тобы (Группа крови) _____</p> <p>Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____</p> <p>Келл - антигені (Келл – антиген) _____</p> <p>Гемоглобин (Гемоглобин) _____ г/л</p> <p>Қолы (Подпись) _____</p> <p>Қан тобын бақылау (Контроль группы крови) Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____</p> <p>Тестілеу (ИФА тестирование на): АИТВ (ВИЧ 1,2): _____ В гепатиті (гепатит В) _____</p>
---	--

Үйінің мекен-жайы (аудан) (Место жительства) (район)) _____ _____	С гепатиті (гепатит С) _____ Мерез (сифилис) _____ Қолы (Подпись) _____
Ауру тарихын жинау (сбор анамнеза) _____	Тестілеу (ПЦР тестирование на): АИТВ (ВИЧ 1,2): _____ В гепатиті (гепатит В) _____ С гепатиті (гепатит С) _____
Операциялар. Гемотрансфузиялар (Операции. Гемотрансфузии) _____	Қолы (Подпись) _____ АлАт (АлАт) _____
Дене қызуы (температура тела) _____	Қолы (Подпись) _____
Тамыр соғуы (Пульс) _____ соққы 1 минутта (ударов в 1 м и н у т у) .	Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі (результат тестирования на бруцеллез) _____
АҚК/АД _____ мм сын. б. (мм рт. ст).	_____
Тері қабаты мен сілемейлі қабық (кожные покровы и видимые слизистые оболочки) _____	Қолы (Подпись) _____
Донор тексерілді (донор осмотрен). Сау (Здоров) _____	БАДО деректері бойынша тексеру (проверка по данным ЕДИЦ): Күні (дата) _____
Қанды және оның компоненттерің беруге рұқсат етілді (донация крови и ее компонентов разрешена)	Қолы (Подпись) _____ Дайындалған қан компоненттері (заготовленные компоненты крови): _____
Мөлшері (в дозе) _____ мл, Донорды қанды және оның компоненттерің беруден шеттегу себебі (причина отвода донора от донации крови и ее компонентов) _____	Қан: құюға, өндеуге жарамды, жарамсыз (астын сызу керек) (Кровь пригодна: для переливания, на переработку, бракуется (подчеркнуть))
Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)	Есептен шығарылу күні мен себебі (дата и причина снятия с учета) 20__ жылғы (года) " __ " _____
Қан және оның компоненттері тапсыруды белгілеу (отметка о донации крови и ее компонентов): Взято (алынды) _____ мл	Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)

Донордың сауалнамасы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды

білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді

өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз

құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Туған күні _____ Жынысы _____ e-mail _____

ӘАОЖ коды _____

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша) _____

Үй телефоны _____ Ұялы телефоны _____

Қызмет телефоны _____ Жұмыс орны _____

р/с №	Сұрақтар	Жауаптары
	1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 14 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 12 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	
9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	
10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	
14.	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және тағы басқа)?	
15.	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16.	Тегіңізді өзгеттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
	2. Сіз төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?	
17.	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18.	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	

19	Күрделі аллергия, астма?	
20	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
3. Сіз жақында немесе бұрын ...?		
22	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23	Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
4. Әйелдер үшін қосымша		
25	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін		
27	<p>Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? - АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; - тамыр арқылы есірткі қолданатын; - сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар - өзге еркектермен (ерлер үшін) Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?</p> <p>Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз</p>	

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы

мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз

тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға

тексерілетіндігіне келісімімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген

жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қабылдау үшін тиісті емдеу

ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана

жүргізілетінін түсінемін.

Маған менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы

ескертілді.

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына

сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен _____ тілінде дәрігер _____ түсіндіруімен

жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы _____ Дәрігердің қолы _____

_____ Күні _____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Ф.И.О. (при его наличии) донора _____

_____ Дата рождения _____ Пол _____ e-mail _____

_____ Код КАТО _____

_____ Домашний адрес (фактический и по прописке) _____

_____ Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____

№ п/ п	Вопросы	Ответы
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 мес) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	
14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	
16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	
	2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:	
17.	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?	
18.	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
19.	Тяжелая аллергия, астма?	
20.	Судороги или заболевания нервной системы?	
21.	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?	
	3. Были ли у Вас:	

22	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?	
23	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?	
24	Были ли отводы от дачи крови?	
4. Дополнительно для женщин:		
25	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	
26	Кормите ли Вы грудью?	
5. Дополнительно для самооценки:		
27	Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?	
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку	

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден(а) о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен (согласна) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен(а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на _____ языке врачом _____

Подпись донора _____ Подпись врача _____

Дата _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 63-қосымша

A4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы

Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды
басталды (начато) (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады
2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде тиісті бөлімдерге баған қосылады
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі т и і с
4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі

1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови
2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется графа в соответствующие разделы
3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
4. Ведется в электронном варианте и(или) на бумажных носителях

--	--	--	--	--	--

Р-к № № п/п	Дайындау күні (дата заготовки)	Сәйкестендіру нөмірі (штрих-коштрихө кодды ж.б.) Идентификационный номер (штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)	Группа крови и резус фактор	ҚДБ алынған қан			
					Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл)			
					Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Лейкосүзілген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	Эритроцит жүзіндісі Эритроцитная взвесь	Лейко эритрс Эритр взв лейкоц
1	2	3	4	5	6	7	8	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 64-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 412-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығы несепке алу журналы

Журнал Учета выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды
басталды (начато) (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады.

2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі

1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию крови и ее компонентов.

2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется в соответствующие разделы.

3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

4. Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях

Р/с № п/п	Дайындау күні (дата заготовки)	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, ия, отчество донора (при его наличии)	Қан тобы, резус факторы	Қан резус факторы	ҚДБ алынған компоненттің саны		Берілді (перс)	
						Количество компонентов, полученных из ОЗК (мл)	Жана мұздатылған аферезді плазма (Плазма свежемороженная аферезная)	Тромбоциттер концентраты (Концентрат тромбоцитоваферезный)	Жана мұзда аферезді плазма (Плазма свежемороженная аферезная)	Берілген күні	Қауыпсіздік
1	2	3	6		7	8	9	10	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 65-қосымша

A4 форматы Формат A4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	

здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 413-5/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года№ 907

Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы

Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов

1. Жауапты адам толтырады (заполняется ответственным лицом)
2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін
(наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
(страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)
4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі (ведется в электронном варианте и(или) на бумажных носителях)

Күні (дата)	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции до облучения)	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции после облучения)	АВО жүйесі бойынша қантобы (группа крови по системе АВ0)	R h фактор (R h фактор)	Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) (откуда принят компонент крови, название отделения)	Е м шарағадейінгі мөлшері (объем до процедуры)	Сәулеленген қан * және оның жасуша компоненттері өң			
							Жуылған лейкофилтрленген эритроцит т е р (эритроциты отмытые лейкофилт рованные)	Лейкофилтрлен эритроциттік ма (эритроцит ная масса лейкофилт рованная)	д	мл	д	мл
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу Журналы

Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов

20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады (Заполняется ответственным лицом)
2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін
(Наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
(Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)
4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі
(Ведется в электронном варианте и(или) на бумажных носителях)

Р/с № п/п	Өнімнің коды (код продукции)	Донациялау коды (код донации)	Дайындау күні (дата заготовки)	Берілген күні және жүкқұжаттың нөмірі (дата выдачи и номер накладной)	Медициналық ұйымдар (медицинские организации)	Көлемі (объем)
1	2	3	4	5	6	7
Компоненттің (наименование компонентов)						атауы
АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі (группа крови по системе АВО, резус принадлежность)						

Барлығы мөлшер (итогов дозах), көлемі (объем)

Барлығы /всего:

Қан компоненттерінің атауы мөлшер/көлемі

Название компонента крови дозы/объем

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при его наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау

министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына 6-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің

2017 жылғы 24 наурыздағы

№ 92 бұйрығына 68-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года№ 907

Зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований

20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды қанды тестілеу зертханасында және трансфузиялық инфекциясы зертханасында тіркеуші толтырады

Журнал заполняется регистратором в отделе лабораторного тестирования крови

2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Материалдың келіп түскен күні Дата поступления образцов	Материалды зертханаға жеткізу уақыты (Время доставки образцов в лабораторию)	Бастап __ дейінгі зертханалық Нөмір (Лабораторной мере)	Кодбойынша үлгілердің саны Количество образцов по кодам	Контингент коды (Код контингента)	Үлгілер жеткізілген бөлімшелер (Отделение, откуда доставлены образцы)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 6-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 69-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 425-9/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы

(Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови)

20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады. (Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории отдельно на доноров, осуществляющих донорскую функцию безвозмездно и на платной основе)
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (Страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

Р-с (№ п/п)	Зерттеу күні (Дата исследования)	Донордың ТАӘ (болған жағдайда) ФИО (при наличии) донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (Идентификацион ный номер (марка, штрих-код и др.)	Гемоглобин (Гемоглобин г/л)	Эритроциттер $1 \times 10^{12}/л$ (Эритроциты $1 \times 10^{12}/л$)	Гематокрит (Гематокрит %)	Қанның ұю уақыты мин (Время свертывания кровотечения (мин))	Тромбоциттер $1 \times 10^9/л$ (Тромбоциты $1 \times 10^9/л$)	Лей (Лей)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Лейкоформула (Лейкоформула)								СОЭ	Қс (Пс)
Миелоциттер % (Миелоциты %)	Таяқша ядролар % (Палочкоядерные %)	Сегментядролық % (Сегментоядерные %)	Эозинофилдер % (Эозинофилы %)	Базофилдер % (Базофилы %)	Лимфоциттер % (Лимфоциты %)	Моноциттер % (Моноциты %)	мл/ сағ (СОЭ мл/ час)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 70-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы: Наименование организации:	Медицинская документация Форма № 425-10/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қаның ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови

20 ____ жылғы (год) 20 ____ жылғы (года)
 " __ " _____ басталды (начато) " __ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы т о л т ы р а д ы .
 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № № п/п	Зерттелетін үлгінің алу күні (Дата забора исследуемого образца)	Донордың ТАӘ(болған жағдайда) ФИО (при наличии) донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) (Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.))	Қантобы, резус-факторы (Группа крови, резус-фактор)
1	2	3	4	5

Фракциялар (Фракции)						Зерттеу күні (Дата исследования)	Жауапты адамның қолы (Подпись ответственного лица)
Альбумин г/л	a ¹ %	a ² %	b %	g %	Альбуминоглобулиновый коэффициент	12	13
6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 6-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 71-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 426-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

"Иммуногематологиялық" референс – зертхананың дайындалған бақылау панель тіркеу Журналы

Журнал регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология" для референс-лаборатории

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады (Журнал заполняется ответственным лицом в лабораторииотдельно на безвозмездных и платных доноров)
- 2.Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

р/с № № п/п	Стандартты панельдің сәйкестендіру нөмірі, штрих-коды Идентификационный номер, штрих-код стандартной панели	Т.А.Ә.(болған жағдайда) сәйкестендіру нөмірі, КҚ донацияның штрих-коды Ф.И.О.(при наличии) идентификационный номер, штрих-код донации КК	Тестілеу әдісі			Алынған Қ К мөлшері Объем взятых КК	Қайдан келіп түсті Откуда поступил
			Метод	АВО жүйесі бойынша қан тобы	Фенотип			Антиаэритроцитарлық антиденелерге тестеу нәтижесі
1	2	3	4	5	6	7	8

Пайдаланған ҚК мөлшері (мл) Количество использованных КК(мл)	Гемаконда қалған ҚК көлемі (мл) Количество остатка КК в гемаконе (мл)	Стандартты панельдің саны Количество изготовленных стандартных панелей	Стандартты панельді пайдалану мерзімі Срок годности изготовленных стандартных панелей	Стандартты панельді жөнелту күні Дата отправки стандартных панелей	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау
 министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 6-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 72-қосымша

Дата постановки	Название реагента	(ЛОТ)			Дата постановки	Название реагента	(ЛОТ)		Нәтиже Результат	Ок рез
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 73-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы

(Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____
_____ басталды (начато) _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды гемотрансмиссивтік инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады

(Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс

(страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

3. Журналды электронды түрде, дәстүрлі түрде қағаз нұсқасында толтыруға мүмкін (допускается ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе).

Р/с (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)	Штрих-коды (Штрих-код)	Туған күні (Дата рождения)	Контингенттің коды (Код контингента)	Мекен жайы (Адрес проживания)	Жасау күні (Дата постановки)	Зерттеу (Результаты иссл)		
								HIV 1.2	HBsAg	HC
1	2	3	4	5	6 *	7	8	9	10	11

Примечание

*

6 бағана АҚТҚ 1,2 таңбалағышында зерттеу жүргізгенде кезде толтырылады (графа 6 заполняется при проведении исследований на маркеры ВИЧ1,2)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 74-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-3/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы

(Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции)

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (начато) _____
окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

р/с № (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (жағдайда) (ФИО (при наличии)	Донация коды (Код донации)	Контингент коды (Код контингента)	Сарысу қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)	Циклдың пулы (ПЦР пул)			ПЦР үлгісі (ПЦР обр)		
						Күні (Дата)	Циклдың пулы (Цикл пула)	ВКО циклы (Ішкі бақылау үлгісі) (Цикл ВКО (внутренний контрольный образец))	Күні (Дата)	Циклдың үлгісі (Цикл образца)	ВКО Ішкі бақылау үлгісі (Цикл внутр конт обра
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына 6-қосымша Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 24 наурыздағы № 92 бұйрығына 75-қосымша</p>											

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года № 907

Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы

Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начато) _____
20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекцияға қанды тестілеу бөлімшесінің жауапты адамы толтырады
Журнал заполняется ответственным лицом отделения тестирования крови на трансмиссивные инфекции

2. Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі
 Ведется отдельно на каждый вид инфекции
 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
 Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя
 о р г а н и з а ц и и
 4. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін.
 Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе

Р/с №	Зертханалық нөмірі	Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) сотрудика	Штрих коды Штрих код	Туған күні Дата рождения	Бөлімше Отделение	Жасау күні Дата постановки	Тестілеу нәтижелері				Ескертпе Примечани
							Результаты тестирования				
п/п	ны й номер						ИХЛТ / ИХЛА HIV 1.2	ИХЛТ / ИХЛА HbsAg	ИХЛТ / ИХЛА HCV	ИХЛТ/ ИХЛА Мереz Сифилис	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына 6-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2017 жылғы 24 наурыздағы
 № 92 бұйрығына 76-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-7/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы

(Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ)

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
 басталды (начато) аяқталды(окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

р/с (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) (ФИО) (при наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Донация коды (Код донации)	Контингенттің коды (Код контингента)	Сарысу қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7

I реакция(I – реакция)					II реакция(II – реакция)				
Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)	Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 77-қосымша

А4 форматы Формат А 4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 433-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама

(Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции)

1. 1,3,4,5,6,7,8 бағана үлгілер жеткізілген бөлімшенің қызметкерімен толтырылады

(графы 1,3,4,5,6,7,8 заполняются сотрудниками отделения, откуда доставлены образцы)

2. 2,9-13 бағаналар зертхананың уәкілетті қызметкерімен толтырылады

(графы 2, 9-13 заполняются уполномоченными сотрудниками лаборатории)

3. Жолдама екі данада жеткізіледі, талдау қойылғаннан кейін бір данасы іріктеу бөлімшесіне жіберіледі, екіншісі зертханада қалады

(направление доставляется в двух экземплярах, после проставления результатов анализов один экземпляр передается в отделение выбраковки, второй остается в лаборатории)

4. Жолдаманы электрондық түрде және дәстүрлі түрде қағаз нұсқасында жүргізуге болады

(возможно ведение направления как в электронном виде, так и на бумажном носителе)

Бөлімше (Отделение)

р/с (№ п/п)	Зертханалық нөмері (Лабораторный номер)	ТАӘ(болған жағдайда) ФИО (при наличии)	Жынысы (Пол)	Туған күні, айы, жылы (Дата рождения)	Донация коды (код донации)	Контингент коды (код контингента)	Сынама алу күні мен уақыты (дата и время забора пробы)	Тексеру қорытын (результаты исследований)				
								ИХЛТ (ИХЛА HIV 1.2)	ИХЛТ (ИХЛА HBsAg)	ИХЛТ (ИХЛА HCV)	ИХЛТ Мерез (ИХЛА Сифилис)	Г (Г)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тізімді толтырған күні " ____ " _____ 20 ж. Зерттелген күні " ____ " _____ 20 ж

(дата заполнения списка)

(дата исследования)

Жолдаманы толтырған тұлғаның қолы _____

Дәрігердің қолы _____

(подпись лица заполнившего направление)

(подпись врача)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 78-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 437/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 437/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан компоненттері мен препараттарын өндіру үшін негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарды кіріс бақылау журналы

Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____
басталды (начато) аяқталды(окончено)

1. Шикізат түсу барысында сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады.

Заполняется отделением контроля качества (ОКК) по мере поступления сырья

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

р/с № п/п	К ү н і Дата		Ө н і м беруші Поставщик	Түскен материалдардың атауы, Наименование поступивших материалов	Сериясының немесе партияның №, № серии или партии	Жарамдылық мерзімі С р о к годности	Сыртқы түрі Внешний вид
1	2	3	4	5	6	7	8
	ҚО-ға түсуі Поступления в ЦК	Кіріс бақылау өкілінің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О(при наличии) представителя входного контроля					

		Төлқұжаттың немесе сертификаттың	Өндіруші ұйым	Зерттеуді жүргізген зертхананың атауы	Зерттеу нәтижелері (акт №, қорытынды)	К Б маманының қолы, күні
--	--	----------------------------------	---------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------

Қаптамасы Упаковка	Таңбасы Маркировка	бар болуы Наличие паспорта или сертификата	Организация изготовитель	Наименование лаборатории, проводившей исследование	Результаты исследований (№ акта, заключение)	Подпись специалиста, проводившего ВК, дата
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 79-қосымша

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 446/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донорлық / дербес сақтауға арналған кіндік қан үлгілерін банктеу процедурасын тіркеу журналы

(Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения)

20__ жылғы (года) "___" ___ басталды (начато) 20__ жылғы (года) "___" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории)
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

Р/с	Кіндік қанды жинау (күні, уақыты, жинау орыны)	Кіндік қанды жеткізу (күні,	Донор-әйел және нәресте туралы мәліметтер (Данные о женщине-доноре и новорожденном)	Кіндік қан жөніндегі мәліметтер (жалпы, жұмыс, таза салмағы, дозада)	Донордың перифериялық қанның трансфузиялық инфекцияларға тексерілетін нәтижелері (Результаты обследования периферической крови донора на трансфузионные инфекции)				
			Аты-жөні (болған жағдайда) туған күні, қан			Жүктілік, босану реті			

№ ((Сбор № плацентарной п/ крови (дата, время, место сбора))	уакыты (Доставка плацентарной крови (дата, время))	тобы, резус, ұлты, мекен жа й ы ФИО(при его наличии) дата рождения, группа крови, R h , национальность , домашний адрес)	((Беременность , роды по счету) Нәрістің жынысы және салмағы (Поли вес ребенка)	* 10^9 ЯЖ) (Данные по П К (общий, рабочий, чистый вес , ЯСК, * 10^9 в дозе))	Маркерлер Маркеры	Күні (Дата)	Зерттеу (№ исследования)	№ (Резуль)	Нәтиж (Резуль)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						АИТВ-1,2 (ВИЧ-1,2)			
						ВГВ			
						ВГС			
						Мерез (Сифилис)			
						П Т Р (ПЦР)			

Иммуногематологиялық зерттеу күні және нәтижелері (Дата и результаты иммуногематологического исследования)	Процессингке рұқсат беру жөнінде белгі Рұқсат берілген жағдайда штрих-код кою / жарамсыз жағдайда – себебін көрсету (Отметка о допуске к процессингу. В случае допуска присвоить штрих-код, п р и выбраковке - указать причину)	Өнім (ГДЖ үлгісі) туралы мәлімет (Данные о продукте (образце ГСК))	Көлемі , мл ЯЖ, дозада * 10^7 CD34+, % CD34+, * 10^6/кг (Объем , мл ЯСК, * 10^7 в дозе CD34+, % CD34+, * 10^6/кг)	Стерильдікке тексеру (нәтижені алу күні, талдау №, нәтиже) (Исследование н а стерильность (дата получения результата, № анализа, результат))	HLA-типирлеу нәтижелері (Результаты HLA-типирования)	Алу ғ (бақылау ж трансплатац беру) (Дата изъят выдачи н контроль, транспланта))
11	12	13	14	15	16	17
А н а с ы (Мать)						

Кіндік қаны (Плацентарная кровь)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына 6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2017 жылғы 24 наурыздағы
№ 92 бұйрығына 80-қосымша

**Денсаулық сақтау ұйымдарының есеп медициналық құжаттамасының формалардың тізімі және оларды сақтау мерзімдері/
Перечень форм первичной учетной медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения 1. Стационарда қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/
Медицинская учетная документация, используемая в стационаре**

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
2	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 01/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
3	Туберкулезге шалдыққан iv категориялық науқастың медициналық картасы/Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 01/у – категория IV	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
4	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) Журнал регистрации больных туберкулезом область, город, район	ТБ 03/у	А4	Журнал	5 жы лет
5	Туберкулезбен ауыратын iv санаттағы науқастарды тіркеу журналы/ Журнал регистрации больных туберкулезом категории iv	ТБ 11/у	А4	Журнал	5 жы лет
6	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне) Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций)	ТБ 12/у	А4	Журнал	5 жы лет
7	Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта/Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов	ТБ 19/у	А4	Бланк	3 жы года
8	Жөнелтпе құжат/ Накладная	ТБ 20/у	А4	Бланк	3 жы года
9	Стационарлық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта стационарного больного	003/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 жы лет

10	Жүктілікті үзудің медициналық картасы/ Медицинская карта прерывания беременности	003-1/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
11	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов	005-2/y	A4	Журнал	5 жы лет
12	Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях	005-4/y	A4	Журнал	5 жы лет
13	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы/Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/y	A4	Журнал	5 жы лет
14	Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы/ Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/y	A4	Бланк	1 жы год
15	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы/ Журнал записи оперативных вмешательств стационаре	008/y	A4	Журнал	50 жь лет
16	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред	009/y	A4	Журнал	5 жы лет
17	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы/ Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов	009-1/y	A4	Журнал	5 жы лет
18	Стационарда босануды жазу журналы/Журнал записи родов в стационаре	010/y	A4	Журнал	25 жь лет
19	Патологогистологиялық зерттеуге жолдама(материалдың жолданған күні мен сағаттары)/Направление на патологогистологическое исследование	014/y	A5	Бланк	1 жы год
20	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	015/y	A4	Журнал	5 жы лет
21	Биологиялық өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации биологической смерти	017/y	A5	Бланк	25 жь лет
22	Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі/Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации	018/y	A5	Бланк	25 жь лет
23	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации смерти на основании смерти мозга	019/y	A4	Бланк	25 жь лет
24	Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек алуға жолдама / Направление на получение специализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне	021/y	A5	Бланк	5 жы лет
25	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу журналы/ Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении) и учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделении)	022/y	A4	Журнал	5 жы лет
26	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы/Журнал учета консервированного костного мозга	024/y	A4	Журнал	25 жь лет
27	Қатерлі ісік пенауырған стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме /Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/y	A4	Бланк	10 жь лет
	Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын хаттама /Протокол на случай выявления у				

28	больного запущенной формы злокачественного новообразования клиническая группа IV	027-2/y	A4	Бланк	5 жы лет
29	Материалды цитологиялық зерттеуге жолдама/ Направление материала на цитологическое исследование	027-3/y	A5	Бланк	5 жы лет
30	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты/ Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	034/y	A5	Бланк	25 жы лет
31	Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың медициналық қорытындысы № _____ / Медицинское заключение № _____ по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным психическим расстройством заболеванием	056/y	A4	Бланк	25 жы лет
32	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы Статистическая карта вышедшего из стационара	066/y	A4	Бланк	1 жы год
33	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта вышедшего из наркологического стационара	066-1/y	A4	Бланк	1 жы год
34	Онкологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта вышедшего из онкологического стационара	066-2/y	A4	Бланк	1 жы год
35	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта вышедшего из психиатрического стационара	066-3/y	A4	Бланк	1 жы год
36	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге)/ Статистическая карта вышедшего из стационара (беременной, родильницы и новорожденного (мертворожденного))	066-5/y	A4	Бланк	1 жы год
37	Босану тарихы/ История родов	096/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жы лет
38	Нәрестенің даму тарихы/История развития новорожденного	097/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жы лет
39	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы Журнал отделения палаты новорожденных	102/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет

2. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/ Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Консультацияға, диагностикалық зерттеуге жолдама / Направление на консультацию, диагностическое исследование	001-4/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
	Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйін медициналық куәландыруды тіркеу журналы / Журнал				

2	регистрации медицинского освидетельствования для установления психоактивного вещества и состояния опьянения	022-2/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
3	Тәуелсіз сарапшыныцесеп картасы / Учетная карта независимого эксперта	023/y	A4	Бланк	1 жыл/год
4	Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме / Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/y	A5	Бланк	3 жыл/года
5	Емшараларды есепке алу журналы / Журнал учета процедур	029/y	A4	Журнал	1 жыл/год
6	Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы / Журнал учета разведенных цитостатиков	029-1/y	A4	Журнал	3 жыл/года
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы / Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	035/y	A4	Журнал	3 жыл/года
8	Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы / Заключение врачебно – консультационной комиссии	035-1/y	A4	Бланк	3 жыл/года
9	Анықтама / Справка	035-2/y	A4	Бланк	3 жыл/года
10	ЕурАзЭЖ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды (Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС)	035-3/y	A4	Бланк	3 жыл/года
11	Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы / Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование	035-4/y	A4	Бланк	1 жыл/год
12	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы / Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y	A4	Кітап (Книга)	3 жыл/года
13	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы / Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	038/y	A4	Журнал	1 жыл/год
14	Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі / Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии	039-5/y	A4	Журнал	1 жыл/год
15	Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы эндоскопического отделения кабинета	039-7/y	A4	Журнал	1 жыл/год
16	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал работы отделения кабинета функциональной диагностики	039-8/y	A4	Журнал	1 жыл/год
17	Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің) күнделігі/ Дневник физиотерапевтического отделения кабинета	046/y	A3	Бланк	1 жыл/год
18	Рентгенологиялық, ультрадыбыстық (УДЗ), компьютерлік-томографиялық (КТ) және магниттік-резонанстық томографиялық (МРТ) зерттеулерді жазу журналы / Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований	050/y	A4	Журнал	6 жыл/лет

19	Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии	051-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
20	Инфекциялық, паразиттік ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, екпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы шұғыл хабарлама / экстренное извещение об инфекционном, паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
21	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы / журнал учета инфекционных заболеваний	060/y	A5	Журнал	3жыл/ года
22	Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту/ Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
23	Әлеуметтік-медициналық сараптамаға жолдау / направление на медико-социальную экспертизу	088/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
24	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы / журнал регистрации и реабилитации инвалидов	088-1/y	A4	Журнал	3жыл/ года
25	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі / Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	088-2/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
26	Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған наукас туралы хабарлама / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекции, передающейся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/y	A5	Бланк	3жыл/ года
27	Обыр немесе басқа катерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған наукас туралы Мәлімдеме / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/y	A4	Бланк	3жыл/ года
28	Ағза (ағза бөлігінің) реципиенттің туралы Мәлімдеме/ Извещение о реципиенте органа (части органа)	090-1/y	A4	Бланк	3жыл/ года
29	ГБО сеанстарын тіркеу журналы / Журнал регистрации сеансов ГБО	093-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
30	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті ұйытқанға уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы Анықтама / Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	094/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
31	Анықтама студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы / Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни,	095/y	A5	Бланк	

	карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию				3 жыл/ года
32	Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _ анықтама / Контрольный талон к справке.Справка о временной нетрудоспособности	095-2/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
33	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы / Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром	099-3/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
34	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы / Заключение судебно-психиатрической экспертизы	100/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
35	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	101/y	A5	Бланк	дмн *
36	ИКСИЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы / Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ	103/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
37	Медициналық туу туралы куәлік / Медицинское свидетельство о рождении	103-12 / y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
38	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/y	A4	Бланк	дмн *
39	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы / Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
40	Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема, выдачи дел уголовных и гражданских и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий	105-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
41	Медициналық қызметтерді көрсету ақауларына сепке алу картасы (МҚАЕ) / Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	106/y	A4	Бланк	дмн *
42	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о смерти	106 -12/y	A4	Бланк	15 жыл/ лет
43	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2 -12/ y	A4	Бланк	15 жыл/ лет
44	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы / Обменная карта беременной и родильницы	113/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
45	ЭКҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/y	A4	Бланк	1 жыл / год
46	Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы / Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций	135/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
47	АИТВ-инфекциясына қан алуды есепке алу журналы / Журнал учета забора крови на ВИЧ – инфекцию	136/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

48	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста, занимающегося научной, научно-педагогической, руководящей работой в здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
49	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137-1/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
50	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137-2/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
51	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы / Карта учета, родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	2009/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
52	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы / Карта учета материнской смертности	2009-1/у	A4	Бланк	1 жыл/ год

3. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/ Медицинская учетная документация, используемая в амбулаторно- поликлинических организациях

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Стационарға * , күндізгі стационарға * * емдеуге жатқызуға жолдама / Направление на госпитализацию в стационар, в дневной стационар	001-3/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
2	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы/ Медицинская карта амбулаторного пациента	025/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
3	Дәрігердің қабылдауына арналған талон / Талон на прием к врачу	025-4/у	A5	Бланк	1 жыл/ год

4	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
5	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (Скринингтің) статистикалық картасы/ Карта профилактического осмотра (скрининга ребенка)	025-7/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
6	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы /Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента	025-8/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
7	Баланың медициналық картасы(Мектеп, мектеп-интернат, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін) / Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского сада, яслей-сада)	026/y	A5	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
8	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (қыз бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (девочка)	026-1/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
9	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (ұл бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (мальчик)	026-2/y	A4	Дәптер/ Тетрадь,	10 жыл/ лет
10	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы / Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y	A5	Бланк	5 жыл/ лет
11	"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы (Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С")	030-1/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
12	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы / Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством	030-2/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
13	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) / Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
14	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы/ Книга записи вызовов врачей на дом	031/y	A4	Кітап Книга)	(3 жыл/ года
15	Үйде босануды жазу журналы / Журнал записи родовспоможения на дому	032/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
16	Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің стоматолог- (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета	037/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
17	Ортопед (ортодонт) стоматолог- дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта))	037-1/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
18	Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу ведомосы / Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому	039/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
	Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пунктiнiң орташамедициналық персоналына қаралуды есепке				

19	алуведомосы / Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта	039-1/у	A5	Бланк	1 жыл/год
20	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы / Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	039-2/у	A4	Бланк	1 жыл/год
21	Стоматолог-ортодонт-дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта)	039-3/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
22	Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда)	039-4/е	A3	Бланк	1 жыл (год)
23	Емхананың/әйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы / Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/женской консультации	039-6/у	A4	Журнал	1 жыл/год
24	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы / Медицинская карта стоматологического больного	043/у	A5	Дәптер/ Тетрадь	5 лет
25	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы / Карта обратившегося за антирабической помощью	045/у	A5	Бланк	3 года
26	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу журналы/ Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/у	A4	Журнал	1 жыл/год
27	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы / Карта профилактических флюорографических обследований	052/у	A5	Бланк	1 жыл/год
28	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы/Лечебная карта допризывника	053/у	A4	Бланк	5 жыл/лет
29	Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) / Именной список допризывников для систематического лечения	054/у	A4	Бланк	5 жыл/лет
30	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг)	055/у	A4	Журнал	3 жыл/года
31	Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы / Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	055-1/у	A5	Бланк	3 жыл/года
32	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны / Талон прикрепления к медицинской организации	057/у	A4	Бланк	1 жыл/год
33	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік – бақылау картасы / Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	3 жыл/года

34	Профилактикалық екпелердің картасы / Карта профилактических прививок	063/y	A5	Бланк	5 жыл/ лет
35	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок	064/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
36	Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок новорожденным роддома	064-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
37	Вакциналар қозғаласының журналы/ Журнал движения вакцин	064-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
38	Жыныстық аурумен ауыратын науқастың медициналық картасы / Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
39	Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың медициналық картасы / Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/y	A5	Журнал	3 жыл/ года
40	Жаппай басқа іс шаралары, спорттық іс шаралары және дене шынықтыру сабақтарында көрсетілген медициналық көмекті тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях	067/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
41	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы / Журнал записи амбулаторных операций	069/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
42	Жолдама алуға анықтама / Справка для получения путевки	070/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
43	Медициналық қорытынды / Медицинское заключение	071/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
44	Санаторийлік - курорттық карта / Санаторно-курортная карта	072/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
45	Балалар санаторийіне жолдама / Путевка в детский санаторий	077/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
46	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтама / Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/y	A5	Бланк	
47	Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы / Амбулаторная карта больного туберкулезом	081/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
48	Медициналық анықтама (Шет елге шығушыға) / Медицинская справка для выезжающего за границу	082/y	A5	Бланк	
49	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама / Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	083/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
50	Көлік құралын басқаруға анықтама беру және одан бас тартуларды тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления и отказов в выдаче медицинской справки на право управления транспортным средством	083-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
51	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы / Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/y	A5	Бланк	3 жыл/ года

52	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/у	A5	Бланк	3 жыл/ года
53	Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық тексеруге жолдама(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Направление на предварительный, периодический или дополнительный медицинский осмотр для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия	108/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
54	Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	108-1/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
55	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы / Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
56	Баланың даму тарихы (ұл бала)/История развития ребенка (мальчик)	112/у-м	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
57	Баланың даму тарихы (қыз бала)/История развития ребенка (девочка)	112/у-д	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
58	20 ____ жыл үшін наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с наркологического диспансера за 20 __ год	127/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
59	20 ____ жыл үшін психоневрологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с психоневрологического диспансера за 20__ год	127-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
60	20 ____ жыл үшін туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с противотуберкулезного диспансера за 20__ год	129/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
61	Тегін немесе жеңілдікті рецепт / Рецепт бесплатный, платный или льготный	130/у	A6	Бланк	1 жыл/ год
62	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама/Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	138/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
63	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы /Журнал регистрации амбулаторных больных	278/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
64	Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы / Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета	278-1	A4	Журнал	3 жыл/ года
65	2. Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары /3. Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу	278-2	A4	Журнал	3 жыл/ года
66	Туберкулезді күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 15/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет

67	Диспансерлік контингентті бақылау картасы / Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 16/у	A5	Бланк	5 жыл/ лет
----	---	---------	----	-------	---------------

4. Басқа түрлердің медициналық ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы/ Медицинская учетная документация других типов медицинских организаций

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың (ИБ (+) ТІРКЕУ журналы/Журнал регистрации ИБ + ВИЧ-инфицированных	060-2/у	A4	Журнал	дмн *
2	Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы / Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи	110/у	A5	Бланк	2 жыл/ года
3	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы / Сигнальный лист участковому врачу	110-1/у	A5	Бланк	2 жыл/ года
4	Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы / Карта вызова бригады санитарной авиации	110-2/у	A5	Бланк	2 жыл/ года
5	Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)/ Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни). Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №_	114/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
6	Шақыртулардың қабылдануын, САОМБ (Санитарлы авиация орталығының мобильді бригадасы) орындауын тіркеу журналы/ Журнал регистрации приема вызовов, их выполнение МБСА(Мобильная бригада санитарной авиации)	117/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Санитариялық ұшуға тапсырма / Задание на санитарный полет	118/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
8	№ ___ Оралымды мәлімдеме /Оперативная заявка № _	118-1/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
9	Тапсырма(Консультант-дәрігерге) Тапсырманы орындау туралы анықтама / Задание врачу-консультанту. Справка о выполнении задания.	119/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
10	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы / Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
	Қан үлгілерін ифт әдісімен айтв-ға антиденелеріне зерттеуге №_____ тізімдік жолдама / Направление посписочное на				

11	исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ	264/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
12	Вируска қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на ПЦР для определения провирусной ДНК ВИЧ)	264-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
13	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы / Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ	264-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
14	АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын анықтау нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ / Журнал регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам	264-10/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
15	ИФТ әдісімен зерттеуге түскен материалды тіркеу журналы/ Журнал регистрации материала, поступившего на исследование	266/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
16	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ)	267/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
17	ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____	267-3/e	A4	Журнал	3 жыл (года)
18	ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының қозғалысын тіркеу журналы / Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных	268/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
19	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы / Журнал обеззараживания инфицированных материалов	269/y	A4	Журнал	2 жыл/ года
20	АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (ЖИТС РО диагностикалық зертханасы) № _ / Результат исследования на антитела к ВИЧ (диагностическая лаборатория РЦ СПИД) №	270/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
21	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции	270-2/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
22	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы / Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей	270-3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
23	АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы / Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ	270-4/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы / Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ – инфицированным пациентам	270-5/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
25	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы/ / Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	270-6/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

26	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории	271/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
27	АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналы / Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ	272/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
28	ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы / Журнал регистрации и учета результатов сыворотоккрови, поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД	272-1/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
29	АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы / Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	275/у	A4	Бланк	25 жыл/ лет
30	Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі/ Дневник учета работы врача-лаборанта	277/у	A3	Бланк	1 жыл/ год
31	Бракераждық журнал / Бракеражный журнал	280/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
32	Қанды CD- 4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама / Направление № _____ на исследование крови на CD-4, CD-8	281/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
33	CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы / Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8	281-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года

5. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есеп құжаттамасы/ Медицинская учетная документация лабораторий в составе медицинских организаций

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Ж о л д а м а (Направление (донору на ФГ))	400/е	A6	Бланк	5 жыл (лет)
2	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы))	402/у	A6	Бланк	5 жыл/ лет
3	Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама / Направление на кроводачу, плазмаферез, цитоферез и другие.	404/у	A6	Бланк	5 жыл/ лет
4	"" № __ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы/ Ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за "___" "_____" 20 __ года	405/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет

5	_____ күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____)	405-1/у	A4	Бланк	5 жыл/лет
6	Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы _/Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____	405-2/у	A4	Бланк	5 жыл/лет
7	Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы / Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов	406/у	A6	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/лет
8	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы / Медицинская карта донора крови и ее компонентов	407/у	A4	Бланк	1 жыл/год
9	Донорларды иммундауемшараларын тіркеужурналы / Журнал регистрации процедур иммунизации доноров	408/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
10	Донорларды иммундауды есепке алуведомосы / Ведомость учета иммунизации доноров	409/у	A5	Бланк	1 жыл/год
11	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігі журналы / Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве	410/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
12	Донорлар мен наукастарды типтеу журналы / Журнал типирования доноров и больных	410-1/у	A4	Журнал	1 жыл/год
13	HLA-типтеу нәтижесі / Результат hla-типирования	410-2/у	A4	Журнал	1 жыл/год
14	HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу Журналы / Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами	410-4/у	A4	Журнал	1 жыл/год
15	SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования	410-5/у	A4	Журнал	1 жыл/год
16	Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования	410-6/у	A4	Журнал	1 жыл/год
17	HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования	410-7/у	A4	Журнал	10 жыл/лет
18	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема и выдачи анализов	410-8/у	A4	Журнал	3 года
19	Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама / Направление на определение лейкоцитарных антител	410-9/у	A5	Журнал	1 жыл/год
20	HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама / Направление на типирование по HLA-системе	410-10/у	A5	Журнал	1 жыл/год
21	"Кросс-матч" үйлесімділігіне жекесынамаға жолдама / Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч"	410-11/у	A5	Журнал	3 жыл/года
22	Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынама жолдама / Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе	410-12/у	A5	Журнал	1 жыл/год

23	"кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "кросс-матч"	410-14/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы / Журнал учета заготовки донорской крови	411/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
25	Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови	411 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
26	Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитофереза	412/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
27	Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығын есепке алу журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток	412 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
28	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови	413/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
29	Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови	413 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
30	Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы	413 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
31	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной	413 -3/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
32	Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства эритроцитов замороженных	413 -4/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
33	Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов	413 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
34	Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы	413 -6/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
35	Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы / Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов	413 -7/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
36	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы / Журнал производства криоконсервированных компонентов крови	414/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
37	Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении	415/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
38	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы растворной	416/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
39	Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына бергенөтінімдерін есепке алу журналы / Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные среды	417/y	A4	Журнал	1 жыл/ год

40	Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығыбойынша есептен шығаруды тіркеужурналы / Журнал регистрации списания компонентов крови по браку	418/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
41	Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойыншатіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку	418-1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
42	Карантиндеудегі лейкосүзілгенплазманы тіркеужурналы / Журнал регистрации плазмы _____ вид плазмы, находящейся на карантинизации	419/y	A3	Бланк	1 жыл/ год
43	Карантиндеудегі _____ (плазманың түрі) плазманың кірісі мен шығысының журналы / Журнал прихода и расхода плазмы _____ (вид плазмы), находящейся на карантинизации	420/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
44	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегіөтінім / Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе	421/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
45	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов – эритроцитов	422/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
46	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығаружурналы/ Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	422 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
47	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата	422 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
48	Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов	422 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
49	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов	422 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
50	Қан препараттардын босатуды есепке алу журналы / Журнал учета выдачи препаратов крови	422 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
51	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және каналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесібойынша қозғалысын есепке алуведомосы / Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	423/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
52	Қан компоненттерін есептен шығару туралы Акті / Акт списания компонентов крови	424/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
53	Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	425 /y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
54	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы / Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров	425 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
55	Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических и клинических исследований донорской крови)	425 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

56	МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО)	425 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
57	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы / Журнал изготовления стандартных консервированных эритроцитов	425 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
58	Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови	425 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
59	Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови)	425 -6/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
60	Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови	425 -8/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
61	Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови	425 -9/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
62	Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови	425 -10/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
63	"Референс-зертханалары үшін "Иммуногематология" бөлімі бойынша дайындалған бақылау панелін тіркеу журналы / Журнал регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология" для референс-лаборатории"	426-1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
64	Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды есепке алу картасы / Карта учета крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов	427/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
65	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/e	A4	Журнал	5 жыл/ лет
66	Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	433-1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
67	Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы / Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций	433 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
68	Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы / Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	433 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
69	Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции	433 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
70	Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции	433 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

71	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы / Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	433 -7/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
72	Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама/ Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции	433 -8/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
73	Өнімді мұздату процесін жазужурналы / Журнал записи процесса замораживания продукта	434/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
74	Плазманың түсуін тіркеу журналы / Журнал регистрации поступления плазмы	434 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
75	Плазманы фракциялауға беру журналы / Журнал передачи плазмы на фракционирование	434 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
76	Өнім қозғалысының журналы / Журнал движения продукции	434 -3/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
77	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісіжурналы/ Журнал технологического процесса производства раствора альбумина	434 -4/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
78	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісіжурналы / Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека	434 -5/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
79	Жөнелтпе құжаттың №__ (Накладная №__ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) / Наименование плазмы и ее количество в литрах)	434 -6/y	A4	Бланк	10 жыл/лет
80	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу/ журналы / Журнал записи процесса лиофилизации продукта	435/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
81	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови	436/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
82	Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісіннің тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы / Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	436 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
83	ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеуЖ У Р Н А Л Ы / Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	436 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
84	Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы/ Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови	437/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
85	Шөлмектер мен тығындарды өңдеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок	438/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
86	Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации	439/y	A4	Журнал	

	результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК)				5 жыл/лет
87	Қан компоненттерінің, препараттарының, қаналмастырғыш заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу АКТІСІ / Акт отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества	439-4/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
88	Биологиялық бақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов биологического контроля	440/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
89	Препараттарды, ерітінділер мен инъекцияға арналған суды фс (вфс)-ке сәйкестексеру нәтижелерін және талдау төлқұжаттарының берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и воды для инъекций в соответствии с ФС ВФС и выдачи аналитических паспортов	441/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
90	Талдау төлқұжаты / Аналитический паспорт	442/у	A4	Бланк	қ у а дмн *
91	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции	443/у	A4	Журнал	қ у а дмн *
92	Сапаны бақылау бөлімшесі (сбб) жарамсыз деп тапқан қан препараттарын тіркеу журналы / Журнал регистрации препаратов крови, забракованных отделением контроля качества (ОКК)	444/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
93	Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу журналы / Журнал учета рекламации претензий на продукцию	444-1/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
94	Мұрағаттық үлгілер мен оларды бақылау нәтижелерін тіркеуді есепке алу журналы / Журнал учета архивных образцов и регистрации результатов их контроля	445/у	A4	Журнал	қ у а дмн *
95	Кіндік қан донорының перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы / Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/ персонального хранения	446/у	A4	Журнал	қ у а дмн *