

**"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 2018 жылғы 29 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-48 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2018 жылғы 29 желтоқсанда № 18147 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.**

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 7-бабының 1-тармағының 5) тармақшасына сәйкес 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" газетінің 2011 жылғы 24 ақпандағы № 68-69 (26489-26490) санында 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, Алматы және Шымкент қалалары денсаулық сақтау басқармаларының басшылары (келісім бойынша), республикалық денсаулық сақтау ұйымдарының басшылары (келісім бойынша) осы бұйрықпен бекітілген бастапқы медициналық құжаттама нысандарын денсаулық сақтау ұйымдарына енгізісін.";

Мынадай мазмұндағы 2-1 тармақпен толықтырылсын:

"2-1. Медициналық ұйымдардың басшыларына (келісім бойынша) осы бұйрықпен бекітілген медициналық құжаттамаларды электрондық форматта жүргізілуін қамтамасыз етілсін.

Алғашқы медициналық құжаттамаларды электрондық нысанда берілген толтырылған нысандардың көшірмесін пациентке сұрау салу жағдайында қағаз тасымалдағыштарда жүзеге асырылады";

1-қосымшада:

"Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта" № ТБ 19/е нысаны алып тасталсын;

"Жөнелтпе құжат" № ТБ 20/е нысаны алып тасталсын;

"Патологогистологиялық зерттеуге жолдама (материалдың жолданған күні мен сағаттары)" № 014/е нысаны алып тасталсын;

"Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек алуға жолдама" № 021/е нысаны алып тасталсын;

"Материалды цитологиялық зерттеуге жолдама" № 027-3/е нысаны алып тасталсын;

"Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың медициналық қорытындысы № \_\_\_\_" № 056/е нысаны алып тасталсын;

"Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы" № 066-1/е нысаны осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы" № 066-3/у нысаны осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

ТБ 01/е, IV - категориялы ТБ 01/е, ТБ 03/е, ТБ 11/е, ТБ 12/е, 003/е, 003-1/е, 005-2/е, 005-4/е, 006/е, 008/е, 009/е, 009-1/е, 010/е, 014/е, 015/е, 017/е, 018/е, 019/е, 022/е, 024/е, 027-1/е, 027-2/е, 034/е, 096/е, 097/е 102/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: "Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

007/е, 066/е, 066-2/е, 066-5/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: "Нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

2-қосымшада:

"Консультацияға, диагностикалық зерттеуге жолдама" № 001-4/е нысаны алып тасталсын;

"Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы" № 035-4/е нысаны алып тасталсын;

"СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы" № 038/е нысаны осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің) күнделігі" № 046/е нысаны алып тасталсын;

"Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, еекпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы шұғыл хабарлама" № 058/е нысаны алып тасталсын;

"Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту" № 065-2/е нысаны алып тасталсын;

"Әлеуметтік-медициналық сараптамаға жолдау" № 088/е нысаны алып тасталсын;

"Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама" № 089/е нысаны алып тасталсын;

"Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы мәлімдеме" № 090/е нысаны осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Ағзалар реципиенті туралы хабарлама" № 090-1/е нысаны алып тасталсын;

"Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы" № 137/е нысаны алып тасталсын;

"Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы" № 137-1/е нысаны алып тасталсын;

"Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы" № 137-2/е нысаны алып тасталсын;

022-2/е, 023/е, 027/е, 029/е, 029-1/е, 035-2/е, 036/е, 039-5/е, 039-7/е, 039-8/е, 050/е, 051-1/е, 060/е, 088-1/е, 088-2/е, 093-1/е, 099-3/е, 100/е, 103/е, 103-12/е, 104/е, 105/е, 105-1/е, 106/е, 125/е, 136/е, 2009/е, 2009-1/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: "Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

3-қосымшада:

"Стационарға, күндізгі стационарға емдеуге жатқызуға жолдама" № 001-3/е нысаны алып тасталсын;

"Дәрігердің қабылдауына арналған талон" 025-4/е нысаны осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу ведомос" № 039/е нысаны алып тасталсын;

"Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пункттiң орта медициналық персоналына қаралуды есепке алу ведомосы" № 039-1/е нысаны алып тасталсын;

"Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы" № 039-2/е нысаны алып тасталсын;

"Стоматолог-ортодонт-дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы" № 039-3/е нысаны алып тасталсын;

"Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы" № 039-4/е нысаны алып тасталсын;

"Емхананың/әйелдер консультациясының орта мед персоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы" 039-6/е нысаны алып тасталсын;

"Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны" № 057/е нысаны осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Жыныстық аурумен ауыратын науқастың медициналық картасы" № 065/е нысаны алып тасталсын;

"Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың медициналық картасы" № 065-1/е нысаны алып тасталсын;

"Жолдама алуға анықтама" № 070/е нысаны алып тасталсын;

"Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама" № 083/е нысаны осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама" № 086/е нысаны осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Баланың даму тарихы (қыз бала)" № 112/е-қ нысаны осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Баланың даму тарихы (ұл бала)" № 122/е-ұ нысаны алып тасталсын;  
025/е, 025-5/е, 025-7/е, 025-8/е, 026/е, 030/е, 030-1/е, 030-2/е, 030-6/е, 031/е, 032/е, 037/е, 037-1/е, 043/е, 049/е, 052/е, 055/е, 055-1/е, 061/е, 063/е, 064-1/е, 064-2/е, 067/е, 069/е, 071/е, 081/е, 083-1/е, 111/е, 127/е, 127-1/е, 129/е, 130/е, 278/е, 278-1/е, 278-2/е, ТБ 15/е, ТБ 16/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: "Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

4-қосымшада:

"Қан үлгілерін ифт әдісімен айтв-ға антиденелеріне зерттеуге № \_\_\_\_ тізімдік жолдама" № 264/е нысаны алып тасталсын;

"Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі" № 277/е нысаны алып тасталсын;

"Қанды CD- 4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама" № 281/е нысаны алып тасталсын;

060-2/е, 114/е, 117/е, 118/е, 118-1/е, 119/е, 264-1/е, 264-2/е, 264-10/е, 266/е, 267/е, 267-3/е, 268/е, 269/е, 270/е, 270-2/е, 270-3/е, 270-4/е, 270-6/е, 271/е, 281-1/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: "Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

5-қосымшада:

"Қан талдауына жолдау" № 201/е нысаны осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"№ \_\_\_\_ Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама" № 204/е нысаны алып тасталсын;

"Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы" 206/е нысаны алып тасталсын;

"Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (ABO бойынша қан тобы, резус-тиістілік/фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) жолдама" (астын сызу) № 207/е нысаны алып тасталсын;

"Несеп талдауы" №210/е нысаны алып тасталсын;

"Қақырық талдауы" №216/е нысаны алып тасталсын;

"Плевралық сұйықтығының талдауы" №216-2/е нысаны алып тасталсын;

"Қуық асты безі секретінің талдауы" №217/е нысаны алып тасталсын;

"Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының микроскопиялық нәтижесі (ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу) 218/е нысаны алып тасталсын;

"Нәжіс талдауы" № 219/е нысаны алып тасталсын;

"Асқазан сұйықтығының талдауы Фракциялық зерттеу" № 221/е нысаны алып тасталсын;

"Қақырықты туберкулез микобактериясына тексеруге жіберетін жолдама" № ТБ 05/е нысаны алып тасталсын;

"ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама" № ТБ 06/е нысаны алып тасталсын;

"ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама" № ТБ 06А/е нысаны алып тасталсын;

"Қақырықты Хpert МТВ/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама" № ТБ 06Б/е нысаны алып тасталсын;

200/е, 222/е, 222-1/е, 223/е, 227/е, 240/е, 240-4/е, 240-5/е, 240-6/е, 240-7/е, 240-8/е, 240-9/е, 240-10/е, 240-11/е, 240-12/е, 240-13/е, 240-14/е, 240-15/е, 240-17/е, 250-1/е, 250-2/е, 250-3/е, 252/е, 253/е, 253-1/е, 253-2/е, 254/е, 255/е, 256/е, 257/е, 258/е, 259/е, 260/е, 261/е, 262/е, 263/е, 283/е, ТБ 04/е, ТБ 17/е, ТБ 18/е, ТБ 24/е, ТБ 25/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: " Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

б-қосымшада:

"Жолдама" № 400/е нысаны алып тасталсын;

"Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама" деген № 404/е нысаны алып тасталсын;

"Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы" деген № 406/е нысаны осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы" деген № 407/е нысаны осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донорларды иммундауемшараларын тіркеу журналы" № 408/е нысаны алып тасталсын;

"Донорларды иммундауды есепке алу ведомосы" № 409/е нысаны алып тасталсын;

"Донорлар мен науқастарды типтеу журналы" № 410-1/е нысаны алып тасталсын;

"SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы" № 410-5/е нысаны алып тасталсын;

"Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама" № 410-9/е нысаны алып тасталсын;

"HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама" № 410-10/е нысаны алып тасталсын;

"Кросс-матч" үйлесімділігінежекесынамағажолдама" № 410-11/е нысаны алып тасталсын;

"ТромбоциттердіHLA-жүйесібойынша арнайы іріктеу сынамаcына жолдама" № 410-12/е нысаны алып тасталсын;

"Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу журналы" № 418-1/е нысаны алып тасталсын;

"Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы" № 425-2/е нысаны алып тасталсын;

"Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы" № 425-9/е нысаны алып тасталсын;

"Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы" № 425-10/е нысаны алып тасталсын;

"Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды есепке алу картасы" № 427/е нысаны алып тасталсын

"Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы" № 433-4/е нысаны алып тасталсын;

"Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама" № 433-8/е нысаны алып тасталсын;

402/е, 405/е, 405-1/е, 410/е, 410-14/е, 411/е, 411-1/е, 412/е, 412-1/е, 413/е, 413-1/е, 413-2/е, 413-7/е, 416/е, 417/е, 418/е, 419/е, 420/е, 422/е, 422-1/е, 422-2/е, 422-3/е, 422-4/е, 422-5/е, 423/е, 424/е, 425/е, 425-1/е, 425-3/е, 425-4/е, 425-5/е, 425-6/е, 425-8/е, 426-1/е, 431-1/е, 433-1/е, 433-2/е, 433-3/е, 433-7/е, 434/е, 434-1/е, 434-2/е, 434-3/е, 434-4/е, 434-5/е, 434-6/е, 435/е, 436/е, 436-1/е, 436-2/е, 437/е, 438/е, 439/е, 439-4/е, 440/е, 441/е, 442/е, 443/е, 444/е, 444-1/е, 445/е, 446/е нысандарын мынадай мазмұндағы ескертулермен толықтыру: "Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі.";

осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес "Қан донорын зертханалық тестілеудің нәтижесі" № 433-6/е жаңа нысанымен толықтырылсын;

7-қосымша осы бұйрықтың 14-қосымшасына сәйкес редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Денсаулық сақтауды цифрландыру департаменті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы 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 бұйрық ресми жарияланғаннан кейін 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 мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

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

Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау министрі

Е. Бірғанов

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
1-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 1-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-1/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 066-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. Форма ведется в электронном виде

## **НАРКОЛОГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА № \_\_\_\_\_**

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

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)

3. Жынысы (Пол): ер (муж) - 1, әйел (жен) - 2

4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН)

\_\_\_\_\_

7. Медициналық тіркеу нөмірі

\_\_\_\_\_

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства) \_\_\_\_\_

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна,  
область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

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 (прочие).

9А. Білімі (образование): орта мектепте неше сынып бітірді (число законченных классов средней школы), оқымады (не учился) - 1, ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арнаулы мектеп (школа для умственно отсталых) - 2, арнайы орта (среднее специальное) - 3, аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) - 4, жоғары (высшее) - 5, тағы басқа (прочее) – 6.

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. Пациент жолданды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сам обратился) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, әскери комиссариаттан (военкоматом) - 6, басқалар (прочие) - 8, нарколог-дәрігер (врачом наркологом) - 9, сот органдары (судебные органы) - 10, құқық қорғау органдары (правоохранительными органами) - 11, үкіметтік емес ұйымдар (неправительственные организации) - 12 (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

11А. Жолдаудың мақсаты (Цель направления): детоксикация (детоксикация) - 1, медициналық әлеуметтік оңалту (медико-социальная реабилитация) - 2, мәжбүрлеп емдеу (принудительное лечение) - 3, наркологиялық сараптама (наркологическая экспертиза) - 4, жолдаудың басқа мақсаттары (другие цели направления) - 5, (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

12. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты: \_\_\_\_\_

Код и название направившего ЛПО: \_\_\_\_\_

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей \_\_\_\_\_

организации) (10-ХАЖ коды (код МКБ-10) | \_\_\_\_\_ |

14. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления, оказывающей ПМСП) \_\_\_\_\_

15. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начало заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) (10 - ХАЖ коды (код по МКБ - 10)



17. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

18. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты:(Дата и время выписки (смерти))\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

19. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_

20. Бөлімше (Отделение): \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

атауы (наименование) | \_\_\_\_\_ |

21. Төсек бейіні (Профиль койки): \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

22. Реанимацияда болды ма (Находился ли в реанимации): иә (да), жоқ (нет), күндері (дней) \_\_\_\_\_.

23.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)
1. Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		
2. Асқынулары Осложнения		
3. Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
4. Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
5. Патологоанатомиялық диагноз Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

23А. Есірткіні пайдалану түрі (Вид употребляемого наркотика):

	Есірткінің түрі (Вид наркотика)	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл) (Срок регулярного употребления (год))	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы (Возраст первой пробы наркотика)	Пайдалану тәсілі (Способ употребления)	Пайдалану жиілігі (Частота потребления)
Негізгі есірткі Основной наркотик					
Басқа есірткі (1) Другой наркотик (1)					
Басқа есірткі (2) Другой наркотик (2)					
1-каннабис (каннабис) 2-героин (героин) 3-апиын (опий) 4-басқа апиындар (другие опиаты) 5-эфедрон (эфедрон) 6-амфетаминдік	амфетамин-нового ряда (экстази, метамфетамин, амфетамин) 7-колдан жасалған стимулятор-	жаңа басқа) (кустарно изготовленные стимуляторы (норэфедрон, фенилпропаноламин и другие) 8-кокаин (кокаин) 9-барби-	11-барлық галлюциногендер (все галлюциногены) 12-ЛСД (ЛСД) 13-ұшып кететін заттар мен	1-ине арқылы (инъекции) 2-шегу арқылы (курение) 3-пероральды (перорально) 4-демалу арқылы (	1-әр күн сайын (ежедневно) 2-аптасына 2-6 күн (2-6 раз в неделю) 3-аптасына 1 күн және кем (1 раз в неделю и меньше) 4-сонғы 30 күн

қатардағы заттар (экстази, метамфетамин, амфетамин) вещества	(лар норэфедрон, фени-пропано-ламин және	(тураттар барбитураты) 10-басқа седативтілер және седативные)	(ингалянттар (летучие вещества и ингалянты)	(путем вдыхания)	пайдаланбады (не употреблял последние 30 дней) 9-белгісіз (неизвестно)
1S –синтетические каннабиноиды					
7S – синтетические стимуляторы					

24. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да) - 1, жоқ (нет) - 2.

24.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ күні \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

25. МЭХ (МЭТ) № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ КШТ (КЗГ) № \_\_\_\_\_

26.1. 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

27. 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) (астын сызыңыз) (подчеркнуты)

28. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

29. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5

33. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы  
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	Ө л ш е м Количество	б і р л і г і

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
2-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 1-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-3/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 066-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Психиатриялық стационардан шыққан адамның СТАТИСТИКАЛЫҚ  
КАРТАСЫ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА выбывшего из психиатрического  
стационара № \_\_\_\_\_

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты/

Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

2. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ)

Госпитализирован с лицом по уходу за ребенком (да/нет).

		17. Жолдаған мекеменің диагнозы / Диагноз направившего учреждения _____ _____ _____ _____
3. Туған күні (Дата рождения) <input type="text"/>	13. Шыққан күні / Дата выписки <input type="text"/>	Диагноз коды / Код диагноза <input type="text"/>
4. Жыныс(ы) пол ер / муж - 1 әйел / жен - 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Ұлты (Национальность)	14. Білімі /Образование: орта мектептің неше сыныбын бітірді / число законченных классов средней школы оқымады/не учился - 12 ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арналған мектеп / школа для умственно отсталых - 13 тәрбиеге көнбейтін жасөспірімдерге арналған мектеп / школа для трудновоспитуемых подростков - 14 орта арнаулы / среднее специальное - 15 аяқталмаған жоғары / незаконченное высшее - 16 жоғары / высшее - 17 басқалар / прочее -	17А. Түскен кезіндегі диагнозы/ Диагноз при поступлении _____ _____ _____ _____
6. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) - 1, ауылдың (села) - 2 7. ЖСН (ИИН)	_____ _____	_____ _____ _____ _____
8 Тіркелген, БМСК көрсетегін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)	_____ _____	Диагноз коды / Код диагноза <input type="text"/>
9. Мекенжайы/ Место жительства елі / страна облыс / область	_____ _____	18. Қорытынды диагноз / Заключительный диагноз: _____ _____ _____ _____
әкімшілік ауданы/административный район елді мекен/населенный пункт	_____ <input type="text"/>	_____ _____ _____ _____
көше / улица үй / дом пәтер/квартира	15. Қайдан келіп түсті / Откуда поступил: үйінен / из дома - 1 психиатриялық стационардан ауыстырылды / переведен из психиатрического стационара - 2 басқа бейіндегі стационардан	_____ _____ _____ _____
9А. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): қызметкер/служащий - 1 жұмыскер/рабочий - 2	_____ _____	Диагноз коды / Код диагноза <input type="text"/>

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства) -3	ауыстырылды / переведен из стационара другого профиля - 3	<input type="text"/>
зейнеткер/пенсионер -	4 басқалар / прочие - 4	19. ПБЗ пайдалану салдарынан болған психикалық және мінез-құлықтық өзгерістер / Сопутствующее психическое и поведенческое расстройства вследствие употребления ПАВ
оқушы/учащийся -	5 16. Жіберу мақсаты / Цель үй шаруасындағы әйел/направления:	
домохозяйка -6	емдеу / лечение - 1	
жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятый индивидуальным трудом -7	элеуметтік қауіпті науқасты емдеу / лечение социально опасного больного - 2	
табынушы/служитель культа - 8	мәжбүрлеп емдеу / принудительное лечение - 3	
жұмыссыз/безработный -	9 сараптау / экспертиза – соттық / 10. Стационардың коды / судебная - 4	
басқалар/прочее -10	Код стационара / әскери / военная - 5	
<input type="text"/>	басқа мақсаттағы жолдаулар / другие цели направления - 6	
11. Бөлімше / Отделение:		
12. Түскен күні / Дата поступления	Диагноз коды / Код диагноза	20. Аурудың нәтижесі / Исход госпитализации:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	аурудан жазылуы (көрнекті жақсаруы) /выздоровление (выраженное улучшение) -1
		жақсаруы / улучшение - 2
		өзгеріссіз / безизменений - 3
		нашарлауы / ухудшение - 4
		қайтыс болуы / смерть - 5
		21. Исход пребывания: переведен – 1, умер – 2, выбыл – 3

А. Түскен күннен бастап өткізген төсек-күндері (демалыс күндерін қоспағанда) (Проведено койко-дней (исключая дни отпуска))

Б. Отан соғысының мүгедегі/ Инвалид отечественной войны

В. Қосалқы соматикалық ауруы/ Сопутствующее соматическое заболевание

Г. Патологоанатомиялық диагнозы / Патологоанатомический диагноз

иә/ да – 1 \_\_\_\_\_

жоқ/ нет – 2 \_\_\_\_\_

10-ХАЖ бойынша коды /Код по МКБ-10

Д. Емделуі /

Лечение \_\_\_\_\_

Е. Түскен кездегі синдромы / Синдром при поступлении \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

22. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Дәрігер (Врач) ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_  
Бөлімше меңгерушісі



(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
3-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 2-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 038/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

## **СӨСҚ ЖӨНІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФЗОЖ** \_\_\_\_\_

маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) лауазымы, учаске №, АЕҰ № (Ф.И.О. (при его наличии) специалиста, должность, № участка, № АПО)

Р/с № № п/п	Күні Дата	Уақыт мөлшері Количество времени	Іс-шараның түрі В и д мероприятия	Тақырып Тема	Тыңдаушыларды қ а м т у Охват слушателей	Тыңдаушылардың с а н ы Количество слушателей
1	2	3	4	5	6	7

## **СӨСҚ, АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ ЖӨНІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫН толтыру туралы ескертпе ПРИМЕЧАНИЯ по заполнению ЖУРНАЛА УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФЗОЖ**

1. "Уақыт мөлшері" бағанында жиынды өткізуге жұмсалған уақытты минутпен көрсетіңіз.

(В графе 3 "Количество времени" указать в минутах время, затраченное на проведение мероприятия).

2. "Іс-шараның түрі" бағанында деректерді біріздендіру үшін алфавит әріптерін пайдалану ұсынылады.

(В графе 4 "Вид мероприятий" для унификации данных предлагается использование букв алфавита):

Л – лекция;

ОС – оқыту семинары (обучающий семинар);

ҚН (СП) – қабырғалық ақпаратты, плакаттарды, қабырға газеттерін ұйымдастыру немесе жаңалау (организация или обновление стендовой информации, плакатов, стенгазет; (ҚН-қабырғалық насихат (СП - Стендовая пропаганда)

ББ – буклеттер, үндеулер, үнпарақтар (үндеу, үнпарақ) тарату (раздача буклетов, брошюр, листовок);

БАҚ (СМИ) – бұқаралық ақпарат құралдарында сөйлеу (выступления в СМИ);

ДК (КЗ) – денсаулық клубтары (жас ата-аналар, диабетпен ауыратын адамдар және т.б. үшін) (клубы здоровья (для молодых родителей, диабетиков и др.));

А – түрлі медициналық-әлеуметтік зерттеулер (анкеталау) (различные медико-социальные исследования (анкетирование)).

3. "Тақырып" бағанында өткізілген жиындардың тақырыптамаларын келесі біріздендірілген бағыттырмен көрсетіңіз

(В графе 5 "Тема" указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям):

ТЕМ (ТАБ) – темекі шегудің профилактикасы (профилактика табакокурения)

НАШ (НАР) – нашакорлықтың профилактикасы (профилактика наркомании)

1. АЛК – алкогольизмнің профилактикасы (профилактика алкоголизма)

2. ФИЗ – физикалық белсенділік пен шынығу (физическая активность и закаливание)

3. ДАС (ИМТ) – дененің артық салмағы (избыточная масса тела)

4. ДМ (РП) – дұрыс тамақтану (рациональное питание)

5. ЕҚ (ВСК) – емшекпен қоректендіру (грудное вскармливание)

6. ДСБ (ДЕТ) – дені сау бала (здоровый ребенок)

7. РЕП – ұрпақту болу денсаулықты қорғау (охрана репродуктивного здоровья)

8. ЖЖ (ПС) – жанұяны жоспарлау (планирование семьи)

9. ЖИИ (ОКИ) – жіті ішек инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых кишечных инфекций)

10. ЖТИ (ОРИ) – жіті тыныс инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых респираторных инфекций)

11. ЖП (ПТ) – жаракаттанушылықтың профилактикасы (профилактика травматизма)

12. ҚОД (ОСЗ) – қоршаған орта мен денсаулық (окружающая среда и здоровье)

13. ТУБ – туберкулездің профилактикасы (профилактика туберкулеза)

14. ВГ – вирустық гепатиттің профилактикасы (профилактика вирусного гепатита)

15. ЖҚЖИ (ИППП) – жыныстық қатынас арқылы жұғатын инфекциялардың профилактикасы (профилактика инфекций, передающихся преимущественно половым путем)

16. ЖИТС (СПИД) – АИТВ профилактикасы (профилактика СПИД/ВИЧ)

17. СТР – стресстерді профилактикалау (профилактика стрессов)

18. СМ (ЗШ) – салауатты мектептер (лицейлер, гимназиялар) (здоровые школы (лицеи, гимназии))

19. СОО (ЗУ) – салауатты оқу орындары (университеттер, академиялар, колледждер) (здоровые учебные заведения (университеты, академии, колледжи))

20. СЖО (ЗР) – салауатты жұмыс орындары (здоровые рабочие места)

21. СЕМ (ЗГ) – салауатты елді мекендер (қалалар, аудандар, кенттер, ауылдар) (здоровые населенные пункты (города, районы, поселки, села))

22. Б (П) – басқа бағыттар (прочие направления)

4. "Тыңдаушыларды қамту" іс-шараға қатысушылар саны мен халық тобының медициналық-жастық сипаттамасын (С-сау, Д1-тәуекел факторымен, Д2-жіті патологиясымен, Д3-созылмалы патологиясымен) көрсетіп, таяқша арқылы тыңдаушылардың орта жасын көрсетіңіз

(В графе 6 "Охват слушателей" указать количество участников мероприятия и общую медико-возрастную характеристику группы населения (З - здоровые, Д1 – с факторами риска, Д2 – с острой патологией, Д3 – с хронической патологией), через тире указать средний возраст слушателей).

5. Егер лекция қандай да бір ұйымда өткізілсе, онда тыңдаушылардың Т.А.Ә. көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының Т.А.Ә. мен қолы болуы тиіс.

В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять Ф.И.О. слушателей, а только указать их количество. Тогда в двух последних графах должны стоять Ф.И.О. руководителя, заверенная печатью организации).

Дәл осы журналда келесі көрсеткіштердің көрсетілуімен ай бойы істелген жұмыс қорытындысы шығарылады (В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав):

үшінші бағанда (в третьей графе) – санитариялық-ағарту жұмыстарына жұмсалған жалпы уақыт мөлшері (общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы),

төртінші бағанда (в четвертой графе) – санитариялық-ағарту жұмыс түрлерінің саны (количество видов санпросвет работы),

бесінші бағанда (в пятой графе) – СӨС түрлі бағыттары бойынша өткізілген іс-шаралар саны (количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ)

алтыншы бағанда (в шестой графе) – санитариялық-ағарту іс-шараларымен қамтылған халықтың жалпы саны (общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями).

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
4-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 2-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 090/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ескерту. Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

## Хабарлама/Извещение

Выберите элемент.

Жалпы бөлім/Общая часть

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц

год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Отбасылық жағдайы/Семейное положение Выберите элемент.

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі/Место работы/учебы/детского учреждения Место для ввода текста.

Ұйымның мекенжайы/Адрес организации Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Күні/Дата: ауруы/заболевания Место для ввода даты.

бастапқы өтініш/анықтау/первичного обращения/выявления Место для ввода даты.

диагноз қою/установления диагноза Место для ввода даты.

емдеуге жатқызу/госпитализации Место для ввода даты.

АХЖ-10 диагноз коды/Диагноз код МКБ-10 наименование код

---

Жұпалы аурулар кезінде толтырылады/Заполняется при инфекционных заболеваниях

Егер улану – қайда өткенін көрсету/Если отравление – указать где произошло Место для ввода текста.

Неден уланды/чем отравлен Место для ввода текста.

Байланысатын тұлғалар/Контактные лица:

Т.А.Ә./Ф.И.О. Место для ввода текста.

Пациентке қарым-қатынасы/Отношение к пациенту Место для ввода текста.

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Байланыс/контакты Место для ввода текста.

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент . (МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Пациент қайда жіберілді/Куда направлен пациент Выберите элемент. (МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Іс-шаралар мен қосымша мәліметтерді алғашқы эпидемияға қарсы жүргізу/Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения Место для ввода текста.

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего извещение Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

Хабарламаны кім қабылдады/Кто принял извещение Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

---

Кәсіптік аурулар кезінде толтырылады/Заполняется при профессиональных заболеваниях

Жалпы жұмыс өтілі/Общий стаж работы Место для ввода текста. Жұмыс өтілі (зиянды өндірістік факторлармен байланыс)/Стаж работы (в контакте с вредными

производственными факторами) Место для ввода текста.

Зиянды өндірістік фактор, аурулар туындады/Вредный производственный фактор, вызвавший заболевание Место для ввода текста.

Егер улану – қайда өткенін көрсету/Если отравление – указать где произошло Место для ввода текста.

Неден уланды/чем отравлен Место для ввода текста.

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент . (МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего извещение Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

---

Қатерлі ісік ауруы кезінде толтырылады/Заполняется при онкозаболевании

Ісік анықталған жағдай/Обстоятельства выявления опухоли Выберите элемент.

Ісік процесінің сатысы/Стадия опухолевого процесса: Выберите элемент.

АХЖ-10 диагноз коды/Диагноз код МКБ-10 наименование код

Диагнозды растау әдісі/Метод подтверждения диагноза Выберите элемент.

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Пациент қайда жіберілді/Куда направлен пациент Выберите элемент. (МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего извещение Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты. \_

---

Ағзаның немесе ағзаның бөліктерінің реципенті туралы трансплантация кезінде толтырылады

/Заполняется при трансплантации о реципиенте органа или части органа

Күні/Дата:трансплантациялау ағзасы оырндалады (ағзаның бөлігі)/выполнения трансплантации органа (части органа) Место для ввода даты.

Шығарылу күні/выписки Место для ввода даты.

АХЖ-10 диагноз коды/Диагноз код МКБ-10 наименование код

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Пациент қайда жіберілді/Куда направлен пациент Выберите элемент.

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего  
извещение Место для ввода текста.

трансплантология бөлімшесінің меңгерушісінің Т.А.Ә./Ф.И.О. заведующего  
отделением трансплантологии Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау

министрінің

2018 жылғы 29 желтоқсандағы

№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына

5-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау

министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына 3-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907  
бұйрығымен бекітілген № 025-4/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 025-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Талон Выберите элемент.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің

аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц

год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом  
квартира

Амбулаториялық картасының №/№ амбулаторной карты Место для ввода  
текста.

Кабинеті/Кабинет Место для ввода текста.  
Келу керек/Явиться Место для ввода даты.  
Дәрігер Т.А.Ә./К врачу Ф.И.О. ФИО  
Лауазымы/должность Выберите элемент.  
Қаралу себебі/Повод обращения Выберите элемент.  
Подпись врача Ф.И.О. ФИО ЭЦП

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
6-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 3-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 057/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі  
Примечание. Форма ведется в электронном виде  
Талон Выберите элемент.

Амбулаториялық картасының №/№ амбулаторной карты Место для ввода текста.

Участкенің №/№ участка Место для ввода текста.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц  
год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Азаматтығы/ Гражданство Выберите элемент. \*Место для ввода текста.

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом  
квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Отбасылық жағдайы/Семейное положение Выберите элемент.

Білімі/Образование Выберите элемент.

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста. Лауазымы/  
Должность Место для ввода текста.



Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус Выберите элемент.

Жеңілдік санаты/Категория льготности Выберите элемент.

18 жасқа дейінгі балалар үшін ата-аналардың Т.А.Ә./Ф.И.О. родителі для детей до 18 лет

Фамилия Имя Отчество

Фамилия Имя Отчество

Үйге медициналық қызмет көрсету МСАК МО еркін таңдау кезінде/При свободном выборе МО ПМСП медицинское обслуживание на дому Выберите элемент.

Тіркеушінің Т.А.Ә./Ф.И.О. регистратора ФИО ЭЦК/ЭЦП

Бекітілу күні/Дата прикрепления Место для ввода даты.

Тіркелетін күні/Дата открепления Место для ввода даты.

Себебі/Причина Выберите элемент.

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау

министрінің

2018 жылғы 29 желтоқсандағы

№ҚР ДСМ-48 бұйрығына

7-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау

министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына 3-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 083/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

## **Көлік құралдарын басқаруға рұқсат беру туралы медициналық анықтама**

### **Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством**

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц

год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста. Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Медициналық анықтамны беру күні/Дата выдачи медицинской справки Место для ввода даты.

### **Мамандардың медициналық зерттеп -қарау нәтижесі: Результаты медицинского осмотра у специалистов:**

Терапевт дәрігер / ЖТД/Врач-терапевт/ВОП

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания

Выберите элемент. Место для ввода текста.

Невропатолог дәрігер/Врач-невропатолога наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания

Выберите элемент. Место для ввода текста.

Офтальмолог дәрігер/Врач-офтальмолог наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент. Место для ввода текста.

Оториноларинголог дәрігер/Врач- оториноларинголог наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент. Место для ввода текста.

Хирург дәрігер/Врач- хирург наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания

Выберите элемент. Место для ввода текста.

Психиатр дәрігер/Врач-психиатр наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания

Выберите элемент. Место для ввода текста.

Психиатр-дәрігердің психологиялық тестлеумен қорытындысы/Заключение  
врача-психиатра с психологическим тестированием

Место для ввода даты. Место для ввода текста.

Нарколог дәрігер Врач-нарколог наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания

Выберите элемент. Место для ввода текста.

Психобелсенді заттардың болуына сұйық биологиялық ортаға талдау/  
Результат и дата

исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных  
веществ Место для ввода даты. Место для ввода текста.

Орындаушының Т.А.Ә./Ф.И.О. исполнителя, Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/  
ЭЦП

Нарколог-дәрігердің қорытындысы/Заключение врача-нарколога Место для  
ввода текста. ЭЦҚ/ЭЦП

## **ҰЙҒАРЫМ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Троллейбустар мен трамвайларды басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению троллейбусами и трамваями.

2. Автомобильдерді максималды салмағын шектеусіздікпен және  
автобустарды жолаушылар сымдылығын шектеусіздікпен "А", "В", "С", "D", "  
BE", "CE", "DE", шағын категориялар А1, В1, С1, D1, С1Е и D1Е, сондай-ақ  
трамвайлар мен троллейбустар санаттары бойынша басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению автомобилями без ограничения  
максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров "А",  
"В", "С", "D", "BE", "CE", DE", подкатегорий "А1, В1, С1, D1, С1Е и D1Е", а  
также трамваями и троллейбусами.

3. "В" категориялы өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз  
басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению индивидуальным автомобилем категории "  
В" без права работы по найму.

4. Қолмен басқарылатын автомобилді басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению автомобилем с ручным управлением.

5. Мотоциклді, мотороллерді ("А" категориясы) басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "А")

6. Мотоарбаны басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению мотоколяской.

7. Мопедті басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению мопедом.

Анықтама қанша мерзімде күшінде/Срок годности справки Место для ввода даты.

Фотосурет орны/Место для фотокарточки



Медициналық комиссиясының мөрі

Печать медицинской комиссии

Комиссия төрағасы/Председатель комиссии

Т.А.Ә./Ф.И.О. Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Хатшы/Секретарь

Т.А.Ә./Ф.И.О. Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің

2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
8-қосымша

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 3-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 086/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

**Медициналық жолдама Направление на медицинский осмотр Выберите элемент. Дата Место для ввода даты.**

Жодаған МҰ атауы/Наименование направившей МО Выберите элемент.  
Жолданады/Направляется в Выберите элемент.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц  
год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом  
квартира

Тіркелген мекенжайы/Адрес регистрации область район город улица дом  
квартира

Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі/Место работы/учебы/детского  
учреждения Место для ввода текста. Лауазымы/Должность Место для ввода  
текста.

Соңғы медициналық зерттеп-қарау күні/Дата последнего медицинского  
обследования Место для ввода даты.

Соңғы медициналық зерттеп-қару сәтінде айқындалған аурулар/Заболевания,  
выявленные с момента последнего медосмотра наименование код

наименование код

наименование код

наименование код

наименование код

Дәрігер/Врач Фамилия Имя Отчество

Терапевт дәрігер/Осмотр терапевта наименование код

Невропатолог дәрігер/Осмотр невропатолога наименование код

Офтальмолог дәрігер/Осмотр офтальмолога наименование код

Психиатр дәрігер/Осмотр психиатра наименование код

Жүргізу нәтижесі және күні/Результат и дата проведения Место для ввода  
даты.

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық ортаны зерттеу/  
Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ  
Место для ввода текста.

Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы/Осмотр врача нарколога наименование  
КОД

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
9-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 2-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 112/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

## **БАЛАНЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА**

Выберите элемент.

№ Место для ввода текста.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц

год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом  
квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Осы ұйымдарды есепке алуға алынған күні/Дата взятия на учет в данной  
организации Место для ввода даты.

Қайдан келді/Откуда прибыл Выберите элемент.

Шығару күні/Дата снятия Место для ввода даты.

Мекенжайынан шығу/Адрес выбытия область район город улица дом  
квартира

Ұйымдастырушылық/Организованность

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Отбасы туралы мәлімет: Сведения о семье:

Анасы/Мать: Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Телефоны/Телефон Место для ввода текста.

Созылмалы аурулардың болуы/Наличие хронических заболеваний Выберите элемент. код наименование

Әкесі/Отец: Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Телефоны/Телефон Место для ввода текста.

Созылмалы аурулардың болуы/Наличие хронических заболеваний Выберите элемент. код наименование

Балалары/Дети: Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Телефоны/Телефон Место для ввода текста.

Созылмалы аурулардың болуы/Наличие хронических заболеваний Выберите элемент. код наименование

Нәресте туралы мәліметтер: Сведения о новорожденном:

Перзентханадан шығару күні/Дата выписки из роддома Место для ввода даты

Перзентхана мекенжайы/Адрес роддома Выберите элемент.

Хабарламаны алу күні/Дата получения извещения Место для ввода даты.

перзентханадағы нәрестелер туралы №/о новорожденном из роддома № Место для ввода текста.

Туылған кездегі салмағы/Вес при рождении Место для ввода текста.

Туылған кездегі бойы/Рост при рождении Место для ввода даты.

ДСИ/ИМТ Место для ввода текста.

Бас шеңбері/Окружность головы Место для ввода текста.

Физикалық дамуын бағалау/Оценка физического развития Место для ввода текста.

Тұқым қуалайтын патологияға арналған скрининг Скрининг на наследственную патологию

ФКУ (фенилкетонурия)

Қанды алу күні/Дата забора крови Место для ввода даты.

Нәтижесі/Результат Место для ввода текста.

ТГ (туа біткен гипотиреоз)/ВГ (врожденный гипотиреоз)

Қанды алу күні/Дата забора крови Место для ввода даты.

Нәтижесі/Результат Место для ввода текста.

Аудиологиялық скрининг/Аудиологический скрининг

Аудиологиялық скрининг күні/Дата аудиологического скрининга Место для ввода даты.

Нәтижесі/Результат Место для ввода текста.

Выберите элемент.

**Длина к возрасту от рождения до 6 месяцев (Z-индексы) Масса к возрасту от рождения до 6 месяцев (Z-индексы) Масса к возрасту от рождения до 6 месяцев (Z-индекс ИМТ к возрасту от рождения до 6 месяцев (Z-индексы) Длина к возрасту от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы) Масса к возрасту от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы) Масса к длине от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы) ИМТ к возрасту от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы) Длина к**



**возраст от 2 до 5 лет (Z-индексы) Масса к возрасту от 2 до 5 лет (Z-индексы) Масса к длине от 2 до 5 лет (Z-индексы) ИМТ к возрасту от 2 до 5 лет (Z-индексы)**

Дата проведения первого дородового патронажа Место для ввода даты.

1	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН _____
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть) _____
2	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету _____, запланированная, желанная, нежеланная (нужное подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего _____, в том числе:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● закончились родами -</li> <li>● искусственным прерыванием беременности-у</li> <li>● выкидышем-</li> <li>● всего детей в семье-</li> <li>● другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства) _____</li> </ul>
	Межродовый интервал при настоящей беременности
3	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная _____
	Образовательный уровень матери _____ отца _____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Наличие алкоголизма, наркомании в семье Да _____ нет _____
	Наличие курящих членов семьи Да _____ нет _____
	Курящая мать Да _____ нет _____
	Физическая активность матери низкая, достаточная
	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скученность, сырость, холод, малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	Санитарная культура семьи: низкая _____ достаточная _____

	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие)_____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение)_____
	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие_____нет
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____нет
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да _____нет
	Наличие осложненной беременности да _____нет
	УЗИ пройдено (в какой срок)_____ где _____
	Выявленная патология на УЗИ да _____нет
	АД _____
	Заключение терапевта _____
	Беременность протекает на фоне: <input type="radio"/> дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) <input type="radio"/> нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24) <input type="radio"/> избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) <input type="radio"/> ожирения (ИМТ до беременности свыше 30)
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. К р о в о т е ч е н и е из п о л о в ы х п у т е й 2. С у д о р о г и 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Р е д к о е или о т с у т с т в и е ш е в е л е н и я п л о д а 5. В ы с о к а я т е м п е р а т у р а 6. И з л и т и е о к о л о п л о д н ы х в о д 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:
	<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>
	Степень и направленность риска: <input type="radio"/> По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск <input type="radio"/> По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск <input type="radio"/> По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск <input type="radio"/> По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск <input type="radio"/> П о д р у г и м ф а к т о р а м : Кто а д р е с н о о п о в е щ е н о в ы с о к и х р и с к а х : Заведующий женской консультацией _____ Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба) _____ Другие ведомства или местная власть _____
	<b>РЕКОМЕНДАЦИИ:</b>

- По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности
- По поддержанию оптимального питания (пирамида питания)
- Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих)
- Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза
- О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья
- О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода

**Второй дородовый патронаж**

Название женской консультации \_\_\_\_\_

Дата проведения второго дородового патронажа \_\_\_\_\_

1.	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Предполагаемое место родов (учреждение)
2.	Состояние здоровья беременной: Наличие осложнений беременности да _____ нет
3	Наличие инфекционных и хронических больных в близком окружении (в семье, у близких соседей, родственников)
4	Состояние молочных желез
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Подготовка уголка новорожденного: Места, кровати, белья, одежды, предметов ухода
7	Прочие сведения:

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Состояние здоровья беременной удовлетворительное, неудовлетворительное  
 Наличие каких-либо вредностей да нет  
 Выполнение беременной предшествующих предписаний да, нет  
 Семья готова к рождению ребенка да, нет \_\_\_\_\_

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

- По подготовке к грудному вскармливанию
- По оптимальному питанию беременной
- По оптимальной физической активности (прогулки)
-



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

### РЕАКЦИЯ МАНТУ:

Реакция Манту:	Дата	Возраст	доза	Серия туберкулина	Страна-производитель	Размер инфильтрата	Результат	Заключение фтизиатра

### Учет результатов по проведению аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии у детей раннего возраста в организациях ПМСП

Возраст	Результаты аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии*					
	Правое ухо			Левое ухо		
	"Прошел"	"Не прошел" *	Скрининг не проводился	"Прошел"	"Не прошел" *	Скрининг не проводился
1 месяц						
3 месяца						
6 месяцев						
9 месяцев						
1 год						
1 год 6 месяцев						
2 года						
2 года 6 месяцев						
3 года						
3 года 6 месяцев						

\*Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

\*\*При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

### Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"	ЭЦП врача ( фамилия разборчиво)		Отметка о госпитализации ( название стационара, дата ) "(с) (по)"
			+	-	


## ЗАПИСИ ПАТРОНАЖНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ДОМУ И НА ПРИЕМЕ

Первичный патронаж новорожденного:

Задачи осмотра новорожденного:

1. удостовериться в нормальной адаптации после рождения
2. проверить на наличие опасных симптомов
3. оценить рост и развитие
4. проверить, нет ли врожденных пороков развития

Дата осмотра \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

При рождении Вес: \_\_\_\_\_ кг Рост \_\_\_\_\_ см ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение ДА \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

АНАМНЕЗ: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое ...

ОТЯГОЩЕННЫЙ АНАМНЕЗ:

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть

симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки

Осмотр лица: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Кожа: \_\_\_\_\_ (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости \_\_\_\_\_ конъюнктивы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Мышечный тонус \_\_\_\_\_ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")

Видимые врожденные пороки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Костная система \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ форма головы \_\_\_\_\_ швы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ большой родничок \_\_\_\_\_ малый родничок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ оцените суставы: \_\_\_\_\_ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы

\_\_\_\_\_ Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания (ЧД) \_\_\_\_\_ (в норме 30 - 60/мин)

\_\_\_\_\_ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Сердечные шумы \_\_\_\_\_; Пальпация бедренного пульса \_\_\_\_\_ (в норме симметрично с двух сторон)

\_\_\_\_\_ Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ Печень \_\_\_\_\_ Селезенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Пуповина \_\_\_\_\_ (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем

подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Стул \_\_\_\_\_ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

### ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

#### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (мо-лочница).

#### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?



## ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:

Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня:

Гепатит В 1- 0 \_\_\_\_\_ БЦЖ \_\_\_\_\_

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 оС)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

1. Осмотр молочных желез:

### ПРОБЛЕМЫ

2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):

1. глубокая тревожность и беспокойство
  2. глубокая печаль
  3. частые слезы
  4. ощущение неспособности заботиться о ребенке
  5. чувство вины
  6. приступы паники
  7. стресс и раздражительность
  8. утомляемость и недостаток энергии
  9. неспособность к сосредоточению внимания
  10. нарушение сна
  11. проблемы с аппетитом
  12. потеря интереса к сексу
  13. ощущение беспомощности и безнадежности
  14. антипатия к ребенку
- Советы по ведению послеродовой депрессии:
1. позаботиться о ребенке, отложить другие виды деятельности
  2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней
  3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания
  4. чаще прикасаться к ребенку
  5. думать о ребенке
  6. чаще выходить на улицу и двигаться
  7. хорошо питаться

8. заботиться о себе

9. вести дневник

10. если эти меры не помогают,  
обратиться к соответствующему специалисту

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Рекомендации:

- Преимущества и практика грудного вскармливания
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
  - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
  - Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).
    - Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)
  - Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).
- Другие рекомендации

Врач:

Медсестра:

### **Патронаж медсестры на дому (7-й день)**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее < 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пупо-винного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

### ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТА-НИЯ

- Есть ли трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

#### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУ-ДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффек-тивно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

#### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ РАЗ-ВИТИЯ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

## ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

## ПРОБЛЕМЫ

### УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери

## ПРОБЛЕМЫ

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
  - Исключительно грудное вскармливание
  - Стимуляция психосоциального развития
  - Уход за новорожденным, режим прогулок
    - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
  - Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
  - Личная гигиена матери.
  - Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца
- Медсестра:

## Посещение врачом на дому (14-й день)

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

- Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вя-лость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела

более 37,5°C; 8. Тем-пература тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или по-краснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение ДА \_\_ Нет \_\_\_\_

Кожа: Пуповина \_\_\_\_\_

Слизистые ротовой полости

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ (в норме более 100 /мин);

Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ Печень \_\_\_\_\_ Селезенка \_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_; Стул

ДИАГНОЗ:

**ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ**

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да\_\_ Нет \_\_

• Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармли-ванием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низ-кий вес для своего возраста):

**ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУ-ДЬЮ:**

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение послед-него часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (мо-лочница).

**ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

**ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ**

**ОЦЕНКА УХОДА:**

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА**

**ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:**

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

**ДА НЕТ**

**ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ**, требующие специализированной помощи:

по слуху по зрению

**ПРОБЛЕМЫ**

**ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ ДА НЕТ**

**ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:**

**ПРОБЛЕМЫ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания
2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.
3. Уход за новорожденным.
4. Стимуляция психосоциального развития

5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка

7. Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания.

8. Другое

Врач:

### Патронаж медсестры на дому (21-й день)

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее < 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пупо-винного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да \_\_ Нет \_\_\_\_

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТА-НИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскарм-ливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУ-ДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в

течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

• Как Вы играете с Вашим ребенком?

• Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери

### ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

• Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

• Исключительно грудное вскармливание

• Стимуляция психосоциального развития

• Уход за новорожденным, режим прогулок



• Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

• Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

• Личная гигиена матери.

• Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

## Патронаж медсестры на дому (28-й день)

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пупо-винного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ**

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие - либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскарм-ливанием; если он/она кормится

грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

• Как Вы играете с Вашим ребенком?

• Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кровати, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

### ПРОБЛЕМЫ

### УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери

### ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
  - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа: Пуповина \_\_\_\_\_

Слизистые ротовой полости \_\_\_\_\_ Зев \_\_\_\_\_

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_

Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_; Стул \_\_\_\_\_

## ДИАГНОЗ:

### ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_ Нет \_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (мо-лочница).

### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц \_\_\_\_\_ мм

И периферических лимфоузлов

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза

длительность

## ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

## ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

### ОЦЕНКА УХОДА:

1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику

2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

3. Знает ли мать признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов : цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение

### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением
- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных призна-ков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
  - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких ин-фекций защищают прививки)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Ежемесячный осмотр на приеме у врача
    - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
  - Другое

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 1 до 2 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее < 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пупо-винного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да \_\_ Нет \_\_\_\_

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

#### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность). ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кровати, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

#### ПРОБЛЕМЫ

#### УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет

Да \_\_ Нет \_\_

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
    - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
    - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
    - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
  - Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.



• Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

• Другое

Медсестра:

## Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа: Пуповина \_\_\_\_\_

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота  
дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный  
ритм

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ ; Стул

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ  
ПИТАНИЯ

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем  
пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

#### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок),

специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

#### ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком? Не отстают

Отстают на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА** для РАЗВИТИЯ

**ОЦЕНКА УХОДА:**

1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику

2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

3. Знает ли мать признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА**  
**ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ** с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

**ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ**, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением
- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит. **ПРОБЛЕМЫ**

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

**ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:**

Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС) **ПРОБЛЕМЫ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
  - Оптимальное питание матери.
    - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
    - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
  - Ежемесячный осмотр на приеме у врача
    - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
  - Другое
- Врач/фельдшер:  
Медсестра

### **Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 2 до 3 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да \_\_ Нет \_\_\_\_\_

**ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ**

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низ-кий вес для своего возраста):

#### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУ-ДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в

течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффек-тивно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

#### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?

- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность). ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

---

#### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери

Консультация по вопросам планирования семьи ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
  - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 3 месяца

Медсестра:

### Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота  
дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный  
ритм \_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ ; Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ  
ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем  
пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение послед-него часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (мо-лочница).

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца \_\_\_\_\_ мм

Оценка состояния периферических лимфоузлов

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время про-гулок),

специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

**ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

**ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ**

**ОЦЕНКА УХОДА:**

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летар-гичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, ко-гда обратиться за медицинской помощью (КВН)

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА**



## ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

• Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
  - Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
    - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
    - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
    - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
    - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
    - Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
      - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
  - Другое
- Врач

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 3 до 4 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

### ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец  
грудью в  
течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

## ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение- t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери

### ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выполняются рекомендации врача

Да \_\_\_ Нет

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
    - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
    - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья).
    - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких ин-фекций защищают прививки)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 4 месяца

Медсестра:

## Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота  
дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный  
ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ ; Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

### ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится

грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

#### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение послед-него часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (мо-лочница).

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца \_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей привив-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время про-гулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

#### ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, ко-гда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшен-ность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

• Ребенок не вступает в контакт.

• Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

• Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

• Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

• Практика исключительно грудного вскармливания.

• Оптимальное питание матери.

• Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

• Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

• Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких ин-фекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
  - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

• Другое

Врач:

Медсестра

### **Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 4 до 5 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

#### **ПИТАНИЯ**

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармли-ванием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

**ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУ-ДЬЮ:**

Кормился ли младенец

грудью в

течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

• Как Вы играете с Вашим ребенком?

• Как Вы общаетесь с Вашим ребенком? ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери ПРОБЛЕМЫ

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

• Практика исключительно грудного вскармливания.

• Оптимальное питание матери.

• Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).



- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
    - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
    - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
    - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
    - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
    - Приглашен на прием к врачу в 5 месяцев
- Медсестра:

### Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ ; Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

## ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_ Нет \_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (мо-лочница).

### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, ко-гда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшен-ность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

### Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
  - Оптимальное питание матери.
    - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
    - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких ин-фекций защищают прививки)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
  - Ежемесячный осмотр на приеме у врача
    - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
  - Другое
- Врач:  
Медсестра:

## Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да \_\_ Нет \_\_\_\_\_

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТА-НИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

#### ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в

течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

#### ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как вы играете с Вашим ребенком?
- Как вы общаетесь с Вашим ребенком? ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

#### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения \_\_\_\_\_ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка \_\_\_\_\_

#### ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: \_\_\_\_\_

Питание и режим сна и отдыха матери **ПРОБЛЕМЫ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Рекомендации выполняются

Да\_\_ Нет\_\_

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
  - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 6 месяцев

Медсестра:

### **Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

**ОСМОТР РЕБЕНКА**

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Состояние периферических лимфоузлов

Визит для сле-дующей при-вив-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без созна-ния 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода согласно данным рекомендациям

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

• Ребенок не вступает в контакт.

• Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.



- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Другое

Врач

Медсестра

### Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 6 до 7 месяцев

Дата осмотра \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

- Были ли судороги?

- Летаргичен или без сознания?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

## ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

## ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗ-ВИТИЯ

## ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

### Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

5. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

---

6. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

---

7. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

---

8. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

---

\_\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_ Нет \_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_ Нет \_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_ Нет \_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Визит для следу-ющей привив-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без созна-ния 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

• Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения

• Частые движения головой (возможные заболевания уха)

• Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь

• Отказ от груди или другой пищи

• Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных при-знаков направить на консультацию узкого специали-ста для выбора и обеспечения спе-циализированной помощи (психолог , логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
  - Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
  - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 7 месяцев

### **Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

**ОСМОТР РЕБЕНКА**

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл..

Какова густота пи-щи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней
- Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой

---

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

---

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

### 1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
    - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
    - Оптимальное питание матери.
    - Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
    - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
    - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
    - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
    - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
    - Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Врач  
Медсестра

### **Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 7 до 8 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

#### Жалобы матери:

#### Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

#### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2



Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА УХОДА:**

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без со-знания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА**

**ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:**

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

**ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ**, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. **ПРОБЛЕМЫ**

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

**ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ**

1. Консультирование по планированию семьи

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
  - Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
    - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
    - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
    - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
    - Приглашен на прием к врачу в 8 месяцев
- Медсестра

### Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

#### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода согласно данным рекомендациям

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

• Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения

• Частые движения головой (возможные заболевания уха)

• Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь

• Отказ от груди или другой пищи

• Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методиче-ским рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
  - Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
  - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Врач  
Медсестра

### **Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 8 до 9 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

**ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

**ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ**

**ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

4 Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

5 Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

6 Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

7 Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл.

8. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

9. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев
- Медсестра

### Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

#### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

#### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=



Pa=

Pп=

H=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

## ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода согласно данным рекомендациям

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  
• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи,

кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач

Медсестра

### **Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 9 до 10 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

#### **ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### **ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ**

#### **ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

##### 1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

• Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

• Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

## Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Округлость головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

H=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

---

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

---

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

---

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

## ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.



- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
  - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Врач  
Медсестра

### Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 10 до 11 месяцев

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

#### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

#### ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА УХОДА:**

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

• Приглашен на прием к врачу в возрасте 11 месяцев

Медсестра

## Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_  
мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
  - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в возрасте 12 месяцев
- Врач  
Медсестра

### **Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 11 до 12 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

#### **ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### **ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ**

#### **ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

#### **ОЦЕНКА ПИТАНИЯ**

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА УХОДА:**

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха



- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно дан-ным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обра-титься за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
  - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь

- Отказ от груди или другой пищи

- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревож-ных признаков напра-вить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, ло-гопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
  - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические прави-ла приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим реко-мендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помо-щью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

Медсестра

## Осмотр ребенка в возрасте 12 месяцев

врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;  
Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи:

по слуху по зрению ДИАГНОЗ:

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ

УХОДА для

РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Pa=

Pп=

H=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_

эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без со-знания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ

УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
  - Не смотрит на движущие предметы
  - Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
  - Нет аппетита, отказывается от пищи
- ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на кон-сультацию узкого специалиста для вы-бора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.
- Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.
- Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач

Медсестра

### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ГОД

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? ДИАГНОЗ:

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

### ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_  
мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА УХОДА:**

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно дан-ным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обра-титься за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

#### ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
  - Не смотрит на движущие предметы
  - Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
  - Нет аппетита, отказывается от еды
- #### ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревож-ных признаков напра-вить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, ло-гопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специали-стов в 24 месяца

Медсестра

## Осмотр ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

### ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_



## Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

## ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от еды

ПРОБЛЕМЫ  
При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач

Медсестра

## Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 6 месяцев

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

### ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

### Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

7. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

8. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

9. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

10. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ мл.

11. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

12. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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 ОПВ-3 ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей привив-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

• Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение

• Не смотрит на движущие предметы

• Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц

• Нет аппетита, отказывается от еды ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

### 1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра

### **Осмотр ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

#### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

• Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мл.

Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

На прошлой неделе ребенок ел:

о Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

о Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

о Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней

Даєте ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой

---

### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

---

Дата \_\_\_\_\_

### ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
  - Не смотрит на движущие предметы
  - Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
  - Нет аппетита, отказывается от пищи
- ### ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

### 1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

---

#### Жалобы матери:

#### Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

#### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт



Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

---

Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

---

Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мл.

Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

---

## ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно дан-ным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обра-титься за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
  - Не смотрит на движущие предметы
  - Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
  - Нет аппетита, отказывается от еды
- #### ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревож-ных признаков напра-вить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, ло-гопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специали-стов в 24 месяца  
Медсестра

## Осмотр ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

—  
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

---

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? \_\_\_\_\_

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

7. Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

8. Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от пищи

ПРОБЛЕМЫ  
При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

• Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специали-стов в 24 месяца

Врач

Медсестра

### Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да \_\_\_ нет \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

#### ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

#### ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

#### Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

• Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_

• Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

• Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

- Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_  
мл.
- Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_
- На прошлой неделе ребенок ел:
- Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
  - Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно дан-ным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обра-титься за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

### Осмотр ребенка в возрасте 2 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

#### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы



Большой родничок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстают

Отстают на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_ Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мл.

- Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

- 
- На прошлой неделе ребенок ел:
  - Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
  - Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
  - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
  - Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
    - Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

---

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе

- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие до 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Врач:

### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

## Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

- Были ли судороги?

- Летаргичен или без сознания? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

### ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ  
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстают

Отстают на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

• Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_

• Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

• Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

• Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_

мл.

• Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

• Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

• Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация Н1В ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без со-знания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за по-мощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев
- Медсестра:

### **Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

#### **ОСМОТР РЕБЕНКА**

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы

Большой родничок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

#### **ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

#### **ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ**

**ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

• Сколько основных приёмов пищи в день? \_\_\_\_\_

• Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

• Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

• Какое количество пищи съедает за один приём? \_\_\_\_\_

мл.

• Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

• Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

• Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

## ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

#### ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт
  - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
  - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)
  - Плохой аппетит
- #### ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

#### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)



• Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

• Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

• Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев.

Врач \_\_\_\_\_

### Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_

• Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ мл.

• Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- На прошлой неделе ребенок ел:
- Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
  - Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей привив-ки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Нет интереса к игре.
- Часто падает.
- Трудности с манипулированием мелкими предметами.
- Проблемы с пониманием простых обращений.
- Неспособность формулировать простые предложения.
- Отсутствие или незначительный интерес к еде. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

### ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Осмотр на приеме у врача в 3 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 3 года.

Медсестра

### Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 20\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

ВЕС \_\_\_\_\_ г. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

#### ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы

Большой родничок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания

\_\_\_\_\_ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ Сердечный ритм

\_\_\_\_\_ ; Сердечные шумы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_ селезенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул

\_\_\_\_\_ ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстают

Отстают на \_\_\_\_\_ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_ Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

• Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ • Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Непитательная \_\_\_\_\_

- Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ мл.
- Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- На прошлой неделе ребенок ел:
- Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_
- Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
  - Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

#### ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

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

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мм

Визит для следующей прививки-ки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

#### ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

#### ПРОБЛЕМЫ УХОДА

#### ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Нет интереса к игре.

- Часто падает.
- Трудности с манипулированием мелкими предметами.
- Проблемы с пониманием простых обращений.
- Неспособность формулировать простые предложения.
- Отсутствие или незначительный интерес к еде. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

## ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

### 1. Консультирование по планированию семьи

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

#### Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Осмотр на приеме у врача в 4 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 4 года.

Врач

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ГОД

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 5 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 6 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 7 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 8 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

#### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 9 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 10 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 11 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 12 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 13 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 14 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

## **ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ в ПОДРОСТКОВЫЙ КАБИНЕТ**

ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_\_\_

Повторный визит? \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки): КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Ищите: **ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ  
БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ**

СПРОСИТЕ:

- Наблюдаются ли трудности при кормлении
- Есть ли у младенца судороги?

ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:

- Сосчитайте число дыханий в минуту \_\_\_\_\_

Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание \_\_\_\_\_

- Ищите выраженное втяжение грудной клетки
- Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь
- Осмотрите движения младенца.

Двигается ли он только при стимуляции?

Остается ли он без движения даже при стимуляции?

- Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?
- Ищите кожные гнойнички

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

Если есть желтуха, ко-гда она впервые появи-лась? ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:

Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?

Есть ли желтушность ладоней и стоп?

Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ? ДА. \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_

Если ДА, СПРОСИТЕ:

- Как дол-го? \_\_\_ дней
- Есть ли кровь в стуле? ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:
- Посмотрите на общее состояние младенца:

Двигается ли он только при стимуляции?

Остается без движения даже при стимуляции?

Беспокоен или болезненно раздражим?

- Ищите запавшие глаза
- Проверьте реакцию кожной складки.

Складка расправляется

Очень медленно (больше 2 секунд)?

Медленно (до 2 секунд)?

Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар

Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС  
СПРОСИТЕ:

- Ребенок кормится грудью? Да \_\_ Нет \_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_
- Получает ли младенец другую пищу или жидкость?

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Если ДА, как часто? \_\_\_\_\_

• Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца? • Определите соответствие веса к возрасту:

Низкий \_\_\_\_\_ Не низкий \_\_\_\_\_

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочни-ца) \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в те-чение последнего часа? Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.



(Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).

- Способен ли младенец брать грудь?

Ищите признаки правильного прикладывания:

1. Подбородок касается груди Да \_\_ Нет \_\_
2. Рот младенца широко открыт Да \_\_ Нет \_\_
3. Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_ Нет \_\_
4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да \_\_ Нет \_\_

Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Сосет неэффективно Сосет эффективн

Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 \_\_\_\_\_ БЦЖ \_\_\_\_\_ Гепатит В2 \_\_\_\_\_

АКДС 1 \_\_\_\_\_ Hib 1 \_\_\_\_\_ ОПВ 1 Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:**

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Рекомендации по питанию: Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_ Диагноз по МКБ

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением \_\_\_\_\_

2. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность) •

\_\_\_\_\_ № рецепта •

\_\_\_\_\_ № рецепта •

\_\_\_\_\_ № рецепта •

\_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_ \ 20\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Визит: первичный \_ повторный \_\_ Жалобы: Общие признаки опасности:

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?

Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Как долго? \_\_\_\_\_ Число дыханий в минуту \_\_\_\_\_ Учащенное дыхание

Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыцхани дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла

Есть ли у ребенка диарея? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Как долго \_\_\_\_\_ Есть ли кровь в стуле \_\_\_\_\_

Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим

Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо

Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),

Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше)

Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Как долго? \_\_\_\_\_ Если более 5 дней. Каждый день? \_\_\_\_\_ Болел ли корью последние 3 месяца \_\_\_\_\_

Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, по-краснение глаз

Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта (Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы

Есть ли у ребенка боли в ухе? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней

Есть болезненное припухание за ухом

Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы

Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия

Вес по графику: низкий \_\_\_ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.

Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп \_\_\_\_\_

Оцените питание (если не направляется в стационар):

Кормится ли грудью да \_\_\_ нет \_\_\_ Если да. то сколько раз за сутки \_\_\_\_\_

Кормите ли ночью. Да \_\_\_ Нет \_\_\_ Получает ли другую пищу или жидкость Да \_\_\_ Нет \_\_\_ Если Да, то какую пищу и жидко-сти \_\_\_\_\_

---

Сколько раз в день \_\_\_\_\_ Чем пользуются при кормлении \_\_\_\_\_  
Объем одной пор-ции \_\_\_\_\_ Активное кормление Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_  
Изменилось ли кормление во  
время болезни. Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Если да, то как \_\_\_\_\_

---

### Проблемы питания

Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: гемorragическая, везикулез-ная, мелкоточечная, папулезная, другая \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ локали-зация \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Зудящая Не  
зудящая;

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое \_\_\_\_\_

Где \_\_\_\_\_

Конъюнктивa глаз:

гипе-ремирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные.

Носовое дыхание за-труднено, выделения - \_\_\_\_\_

---

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие,  
влажные, другие:

\_\_\_\_\_ Сердечные тоны: приглушены, шум \_\_\_\_\_

ЧСС \_\_\_\_\_

Пульсация вен шеи.

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная  
сигма, симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_

---

Печень размеры: \_\_\_\_\_ Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см.

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_

---

Парезы, параличи \_\_\_\_\_

---

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) \_\_\_\_\_

---

Дизурические явления: \_\_\_\_\_

---

Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_ Объясните, когда вернуться  
немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по

МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. Срочно госпитализировать, лечение перед направлением \_\_\_\_\_

2. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность,  
длительность)

\_\_\_\_\_ № рецепта

\_\_\_\_\_ № рецепта

\_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Вкладной лист истории развития ребенка № \_\_\_\_\_

Паспорт ребенка с нарушением слуха

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст на момент обследования \_\_\_\_\_

ИИН | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Место жительства: область \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

телефон домашний \_\_\_\_\_ телефон сотовый \_\_\_\_\_

Диа-гноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Анамнез

Перитонеальный анамнез

Беременность \_\_\_\_\_ Особенности протекания \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ недель. Особенности протекания родов \_\_\_\_\_

Наличие факторов риска по тугоухости: гестоз/токсикоз/угроза прерывания беременности/резус-конфликт матери и плода/перенесенные инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности \_\_\_\_\_/ототоксические препараты, применяемые матерью во время беременности и ребенком \_\_\_\_\_/анемия/сахарный диабет/тиреотоксикоз/асфиксия новорожденного/внутричерепная родовая травма/гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л)/гемолитическая болезнь новорожденного/масса тела при рождении менее 1500 граммов/низкий балл по шкале Апгар \_\_\_\_\_/гестационный возраст более 40 недель (переношенность)/реанимация и интенсивная терапия ребенка после рождения/возраст матери более 40 лет (поздние роды)

Проводился ли аудиологический неонатальный скрининг слуха:

в организации родовспоможения: да/нет,

результат \_\_\_\_\_

в организации ПМСП: да/нет, результат \_\_\_\_\_

Слуховой анамнез

Нарушение слуха замечено до овладения речью/после овладения речью/в связи

с задержкой развития речи в возрасте \_\_\_\_\_

Когда и где впервые выставлен диагноз \_\_\_\_\_

Предполагаемая причина нарушения слуха: неизвестна/наследственная/приобретенная

Менингитом не болел/ болел \_\_\_\_\_

Получал ли ототоксические препараты: нет/да, какие \_\_\_\_\_  
возрасте \_\_\_\_\_  
при лечении \_\_\_\_\_

Есть ли родственники с нарушением слуха: нет/да \_\_\_\_\_

Болел ли отитом: нет/да \_\_\_\_\_

Имеет ли инвалидность по слуху: не имеет/имеет с возраста \_\_\_\_\_

Место обучения ребенка \_\_\_\_\_

Вид слухопротезирования

1. Слуховой аппарат (СА)

Протезированное ухо: левое / правое / бинаурально \_\_\_\_\_

Вид СА: аналоговый / цифровой \_\_\_\_\_

Вид ушного вкладыша \_\_\_\_\_

С какого возраста использует СА \_\_\_\_\_

2. Система кохлеарной имплантации

Название импланта \_\_\_\_\_

Вид электрода \_\_\_\_\_

Название речевого процессора \_\_\_\_\_

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции \_\_\_\_\_ Дата подключения \_\_\_\_\_

В какой клинике проведена операция \_\_\_\_\_

3. Система имплантации среднего уха

Название импланта \_\_\_\_\_

Название аудиопроцессора \_\_\_\_\_

Имплантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции \_\_\_\_\_ Дата подключения \_\_\_\_\_

В какой клинике проведена операция \_\_\_\_\_

Настройка

(слухового аппарата / речевого процессора системы кохlearной имплантации

/

аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата настроечной сессии \_\_\_\_\_

Место проведения настройки \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача-сурдолога, контактный телефон \_\_\_\_\_

Средство слухопротезирования использует постоянно/иногда/только на занятиях

Эффективность: помогает/мало помогает/не помогает

Условия коррекционно-педагогической помощи

Наличие специальной помощи по месту

жительства \_\_\_\_\_

Количество индивидуальных занятий в неделю \_\_\_\_\_

Частота, регулярность занятий дома \_\_\_\_\_

Особенности настройки

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Оценка слухового восприятия

Оценка развития речи

1 – отсутствие реакции на звуки

2 – наличие реакции на звуки

3 – распознавание неречевых звуков

4 – распознавание звуков речи без считывания с губ

5 – распознавание отдельных слов

6 – фразы

7 – понимание речи без считывания с губ

8 – понимание разговора по телефону 0 – отсутствие речи

1 – лепет

2 – использование нескольких простых слов

3 – односложные предложения

4 – предложения из 2-х слов

5 – предложения из 3-х слов

6 – сложные предложения

7 – сложные предложения с простыми рассказами

8 – полностью "беглая" речь

Рекомендации

1. Речевая среда

Постоянное ношение \_\_\_\_\_

---

2. Наблюдение за реакциями ребенка на разные звуки.

3. Регулярные (ежедневные) занятия ребенка дома с родителями.

4. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом, логопедом, психологом по месту жительства.

5. Развитие слуха и речи родителями в ситуациях бытового общения.

Настройка через



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ЭЦП врача \_\_\_\_\_

Сурдопедагогическое обследование настройки  
(слухового аппарата/речевого процессора системы кохлеарной  
имплантации/аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата \_\_\_\_\_

Место проведения обследования \_\_\_\_\_

Ф.И.О. сурдопедагога, контактный телефон \_\_\_\_\_

Особенности слухового восприятия

Сформированность УДР: сформирована / не сформирована

Различение градаций громкости звуков тихо – хорошо – громко:  
сформирована / не сформирована

Расстояние стабильных реакций

Звуки Неречевые Речевые

низкочастотные громкие

низкочастотные тихие звуки

среднечастотные громкие звуки

среднечастотные тихие звуки

высокочастотные громкие звуки

высокочастотные тихие звуки

шепотная речь  
голос разговорной громкости

Различение

Звуков Слов Фраз

гласных согласных в закрытом выборе в открытом выборе в закрытом выборе  
в открытом выборе

с разной слоговой структурой с разной слоговой структурой

с одинаковой слога-вой структурой с одинаковой слога-вой структурой

отличающихся одним звуком отличающихся одним звуком

Различение

предложений \_\_\_\_\_

Понимание обращенной

речи \_\_\_\_\_

Понимание разговора

по телефону \_\_\_\_\_

Рекомендации (нужное выделить, дополнить)

1. Развитие УДР на

звук \_\_\_\_\_

2. Формирование понятия градации звука по

громкости \_\_\_\_\_

3. Развитие внимания на окружающие

звуки \_\_\_\_\_

4. Формирование навыков по:

дифференциации звуков (гласных, согласных в слогах,  
в словах) \_\_\_\_\_

различению слов с разной/одинаковой слоговой

структурой \_\_\_\_\_

различению фраз

различению предложений



Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Направление на Выберите элемент. Выберите элемент.

Дата Место для ввода даты.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц

год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Жодаған МҰ атауы/Наименование направившей МО Выберите элемент. (из регистра МО)

Құжаттың авторы (дәрігердің жолдамалары егер ерекшеленсе)/Автор документа (если отличается от напр. врача) ФИО

Диагноз коды АХЖ-10/Диагноз код МКБ-10 код наименование

Бастапқы үлгідегі түрі (егер қажет болған жағдайда)/Вид первичной пробы (если необходимо) Место для ввода текста.

Төлем бойынша санат/Категория по оплате Выберите элемент.

Тексеру (егер қажет болған жағдайда)/Обследование (если необходимо)

первичное

повторное

Зерттеп-қарауға тапсырыс (егер қажет болған жағдайда)/Заказ на исследование (если необходимо):

плановое

экстренное

Ескерту/Примечание: Место для ввода текста.

Үлгілерді алу күні, жинау уақыты/Дата взятия образца, время забора Место для ввода даты.

Денсаулық сақтау министрінің  
 2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
 № ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
 11-қосымша  
 Қазақстан Республикасы  
 Денсаулық сақтау министрінің  
 м.а.  
 2010 жылғы 23 қарашадағы  
 № 907 бұйрығына 6-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 406/е нысанды медициналық құжаттама  
 Медицинская документация Форма № 406/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

**Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы/  
 медицинская карта донора крови и ее компонентов**

Тегі/фамилия _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                 Донордың суреті/                  фотография донора             </div>
Аты/имя ____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/отчество (при наличии) _____		
Туған күні/дата рождения _____ Кәсібі/профессия _____		
Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі/номер документа, удостоверяющего личность _____		
_____ берілген күні/дата выдачи; берген органы/кем выдан _____		
ЖСН/ИИН _____		
Донордың байланыс ақпараты/контакты донора: _____		
Мекенжайлары/Адреса: тіркелген жері/прописки _____		
тұрғылықты/ проживания _____		
Т е л е ф о н д а р ы _____ / т е л е ф о н ы _____		
жұмыс/рабочий _____ үй/ домашний _____		
мобильді/ сотовый _____ қосымша/ дополнительный _____		
Айрықша белгілері (особые отметки)		
Фенотипі/генотип (фенотип/генотип (ABO, Rh-Hg,HLA))		Антиденелер титрі/титр антител
Күні (дата)	ЭЦҚ (ЭЦП)	күні / дата
		ЭЦҚ / ЭЦП
Донорлар қатарына жазылу күні Дата зачисления в доноры 20__ жыл (год) "____" _____	Осы кезеңде алынған барлық: Всего в этот период взято: кан (крови) _____мл. плазма (плазмы) _____мл. лейкоциттер (лейкоциты) _____ _____ (10) _____ 9, тромбоциттер (тромбоциты) _____	Қан тапсырулардың саны (Число кроводач) _____
Есептен шығару күні мен себебі (Дата и причина снятия с учета) _____		Плазмаферездер саны) (Число плазмаферезов) _____
_____		Цитаферездер саны (Число цитаферезов) _____
_____		_____
_____		Миелоэкспузиялар саны

_____	_____ (10) 11, сүйек кемігі (костного мозга)	(Число миелоэкспузий) _____
_____	_____ мл. (10) 9.	ЭЦК (ЭЦП)

## Донор туралы бастапқы мәліметтер/ первичные данные о доноре

### 1. Анамнезсі (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) \_\_\_\_\_

1.5. Дәрігердің ЭЦК/ЭЦП врача \_\_\_\_\_

### 2. Антропометриялық мәліметтер/ антропометрические данные

Бойы/Рост \_\_\_\_\_ /см

Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес
Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес

### 3. ЭКГ зерттеудің нәтижелері /результаты ЭКГ исследования

Күні/дата	Қорытынды/ Заключение	Күні/дата	Қорытынды/ Заключение	Күні/дата	Қорытынды/ Заключение

2. Донорды ағымдағы объективті тексерудің нәтижелері/результаты текущего объективного обследования донора\*

Д о н а ц и я дата донации				к ү н і /
Донация мотивация донации (платно/безвозмездно)	у ә ж д е м е с і			( а қ ы л ы / а қ ы с ы з ) /
Объективті деректер/объективные данные				
Шағымдары/ жалобы				
Склерасы/склеры				
Тері қабаты/ кожные покровы				
А у ы з	қ у ы с ы н ы ң	с і л е м е й л і	қ а б ы ғ ы /	
слизистые полости рта				
А р т е р и я л ы қ	қ а н	қ ы с ы м ы	( с ы н	б а с . с . ) /
артериальное давление (мм рт. ст.)				
Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы)/частота пульса (ударов в минуту)				
Т а м ы р	с о ғ у ы н ы ң		с и п а т т а м а с ы /	
характер пульса				
Т і р е к - қ о з ғ а л ы с				а п п а р а т ы /
опорно-двигательный аппарат				
Л и м ф а				т ү й і н д е р і /
лимфатические узлы				
Ж ү р е к				а у с к у л ь т а ц и я с ы /
аускультация сердца				
Ө к п е				а у с к у л ь т а ц и я с ы /
аускультация легких				
І ш	қ у ы с ы н ы ң		а ғ з а л а р ы /	
органы брюшной полости				
Донордың заключение донора	қан жарамдылығы к	тапсыруға, туралы врача кроводаче,	плазма(цита)ферезге, дәрігердің о	мие- корытындысы/ г о д н о с т и плазма(цита)ферезу,
миелоксфузии				
Дозасы /доза				
Дәрігердің ЭЦҚ/ЭЦП врача				

3. Донорды зертханалық зерттеудің нәтижелері/ результаты лабораторного обследования донора\*

Таблица 3.1 Жалпы клиникалық/результаты общего анализа крови

Күні /дата	Гемоглобин/ гемоглобин г/л	Эритроциттер / эритроциты 10 <sup>12</sup> /л	Гематокрит/ гематокрит % )	Ретикулоциттер / ретикулоциты %	Тромбоциттер / тромбоциты 10 <sup>9</sup> / л	Лейкоциттер/ лейкоциты 10 <sup>9</sup> / л
1	2	3	4	5	6	7





Күні /дата	АЛТ	Жалпы ақуыз / общий белок г/л	Альбумины г /л	глобулины г/л	a1	a2	b
1	2	3	4	5	6	7	8

3.3 – кестесі. Жалпы несеп талдауы  
Таблица 3.3. Результаты общего анализа мочи

Күні /дата	Көлемі/количество	Түсі/ цвет	Тұнықтығы/ прозрачность	Салыст. тығыздыг / относит.пл
1	2	3	4	5

кестеннің жалғасы





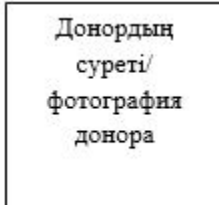


Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 6-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 407/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде



### **Қан және оның компоненттерінің алғашқы донациясын тіркеудің медициналық картасы/ Медицинская карта регистрации первичной донации крови и ее компонентов**

Санаты (қажетінің астын сызыңыз)/категория (нужное подчеркнуть):

Бірінші рет/қайталама (первичный/повторный)

Донация уәждемесі (қажетінің астын сызыңыз) /мотивация донации (нужное подчеркнуть):

Ақысыз (ерікті, мақсатты, аутологиялық) (безвозмездная (добровольная, целевая, аутологичная));

Ақылы (платная)

Күні (Дата) \_\_\_\_\_

Қанды алу орыны (место забора крови) \_\_\_\_\_

	Қан тобы (Группа крови) _____
	Резус-тиістілігі _____ (Резус-принадлежность) _____
	Келл - антигені (Келл – антиген) _____
	Гемоглобин (Гемоглобин) _____ г / л
	Қан жасушаларының донорлары үшін қосымша/ Дополнительно для доноров клеток крови:

<p>Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) /фамилия, имя, отчество (при его наличии)</p>	<p>Тромбоциттер мөлшері/количество тромбоцитов _____ *109/л  Қанның ұю уақыты/время свертывания крови _____ мин. _____ сек.</p>
<p>ЖСН/ ИИН _____  Туған күні/дата рождения _____  Жынысы /пол _____</p>	<p>Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ЭЦП лица, внесшего запись _____</p>
<p>Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен нөмірі/наименование и номер документа, удостоверяющего личность _____</p>	<p>АВО бойынша белгіленген қан тобы /установленная группа крови по АВО _____  Резус-тиістілігі/резус-принадлежность _____</p>
<p>Берілген күні/когда выдан _____ Берген орган/ кем выдан _____  _____</p>	<p>Күні/дата _____  Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ЭЦП лица, внесшего запись _____</p>
<p>Жұмыс орны (место работы) _____  _____</p>	<p>ИХЛТ тестілеу/ ИХЛА тестирование на: АИТВ 1,2 (ВИЧ 1,2): _____</p>
<p>Үй мекенжайы (аудан) /место жительства (район) _____  _____</p>	<p>В гепатиті (гепатит В) _____  С гепатиті (гепатит С) _____</p>
<p>Сотовый телефон телефон) _____  Домашний телефон _____ Рабочий телефон _____  Дополнительный телефон _____  Сырақатнама анамнезі/анамнез жизни _____</p>	<p>Мерез (сифилис) _____</p>
<p>Операциялар, гемотрансфузиялар/ операции, гемотрансфузии _____</p>	<p>Күні/дата _____  Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ЭЦП лица, внесшего запись _____</p>
<p>Дене қызуы/температура тела _____ град. С  Тамыр соғуы/пульс / _____ сокқы 1 минутта (ударов в 1 минуту).  АҚҚ/АД _____ мм. сын. б. (мм рт. ст).  Салмағы/вес _____ Бойы/рост _____</p>	<p>ПТР тестілеу/ ПЦР тестирование на: АИТВ 1,2 (ВИЧ 1,2): _____</p>
<p>Тері қабаты мен сілемейлі қабаты /кожные покровы и видимые слизистые оболочки _____  Донор тексерілді /донор осмотрен _____  Дені сау /здоров _____</p>	<p>В гепатиті (гепатит В) _____  С гепатиті (гепатит С) _____</p>
<p>Қан және оның компоненттерін тапсыруға рұқсат берілді/донация крови и ее компонентов разрешается _____</p>	<p>Күні/дата _____  Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ЭЦП лица, внесшего запись _____</p>
<p>Дозада /в дозе _____ мл,  Дәрігердің қолы/ ЭЦП врача _____</p>	<p>АЛТ _____  Күні/дата _____  Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ЭЦП лица, внесшего запись _____</p>
<p>Қан және оның компоненттерінің донациясы туралы белгі /отметки о донации крови и ее компонентов: Алынды /взято _____ мл</p>	<p>Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі/результат тестирования на бруцеллез _____</p>
<p>Плазма/цитаферез аппаратты шаралары туралы мәліметтер: (донордың плазмаферез шарасы жүргізілген кейінгі жағдайы)  Сведения об аппаратных процедурах плазма/цитафереза: (состояние донора после проведения процедуры плазмафереза):  Күні/дата _____</p>	<p>Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ЭЦП лица, внесшего запись _____</p>
<p>АҚҚ/ АД( мм. рт.ст.) _____  Температура (0°С) _____  Тамыр соғуы/ пульс _____</p>	<p>_____</p>
<p>Дәрігердің қорытындысы мен қолы/заключение и ЭЦП врача _____</p>	<p>_____</p>

	Күні/дата _____ Жазбаны енгізген тұлғаның қолы / ЭЦП лица, внесшего запись _____
	БАДО деректері бойынша тексеру/ проверка по данным ЕДИЦ: Күні/дата _____ Жазбаны енгізген тұлғаның қолы / ЭЦП лица, внесшего запись _____
	----- Есептен шығарылу күні мен себебі/ дата и причина снятия с учета. 20__ жылғы (года) "__"_____ Дәрігер/врач _____ ЭЦП

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
13-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-б/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 433-6/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведётся в электронном виде**

Донор қанын зертханалық тестілеудің нәтижелері / Результаты лабораторного тестирования крови донора				
Донация коды/ код донации				
Тегі, аты, әкесінің аты ( болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при его наличии)				
Туған күні, айы жылы/число, месяц, год рождения				
Бастапқы сынаманың түрі/сапасы (тип/качество первичной пробы)				
Сынаманы алу күні/уақыты/дата/время забора пробы		20__ жылғы (года) "__" "_____" сағат (час) "_____"		
Сынамалардың зертханаға келу күні/уақыты/ дата/время поступления проб в лабораторию		20__ жылғы (года) "__" "_____" сағат (час) "_____"		
Зерттеудің атауы / наименование исследования	Нәтижесі / результат	Қалыпты көрсеткіштер / нормальные показатели	Нәтижені алу күні /уақыты / дата/время получения результата	Дәрігер/ зертханашының Т.А.Ә./ФИО в р а ч а лаборанта
Иммуногематологиялық зерттеулер/ иммуногематологические исследования				
АВО жүйесі бойынша қан тобы/группа крови по АВО				
Резус тиістілігі /резус принадлежность				
Kell антигени/Kell антиген				

Тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер/ нерегулярные антиэритроцитарные антитела				
Антиэритроциттік антиденелердің титрі/ титр антиэритроцитарных антител				
Клиникалық-биохимиялық зерттеулер/ клинико-биохимические исследования				
Гемоглобин /Гемоглобин (г/л)				
АЛТ (Ө/л)/АЛТ (Ед/л)				
Жалпы ақуыз/ общий белок) (г/л)				
Тромбоциттер мөлшері/количество тромбоцитов (*10 <sup>9</sup> /л)				
Қанның ұю уақыты (мин)/время свертывания крови (мин)				
Бруцеллезге зерттеу/ исследование на бруцеллез				
Инфекция маркерлері/маркеры инфекций				
В гепатиті вирусының ИХЛТ беткейлік антигені/ИХЛА поверхностный антиген вируса гепатита В				
С гепатиті вирусына ИХЛТ антиденелері/ ИХЛА антитела к вирусу гепатита С				
Мерез қоздырғышына М және G класындағы ИХЛТ антиденелері/ ИХЛА антитела класса М и G к возбудителю сифилиса				
АИТВ1,2 антигендері, p-24 АИТВ 1 ИХЛТ антигені, АИТВ 1,2 антиденелері/ антитела к ВИЧ 1,2, ИХЛА антиген p-24 ВИЧ 1, антитела к ВИЧ 1,2				
АИТВ 1,2 РНҚ сапалы ПТР/ПЦР качественная РНҚ ВИЧ 1,2				
СГВ РНҚ сапалы ПТР/ПЦР качественная РНҚ ВГС				
ВГВ ДНК сапалы ПТР/ПЦР качественная ДНК ВГВ				
Жалпы есепті шығару күні/уақыты/дата/время распечатки общего отчета 20__ жылғы (года) " __ " ____ " сағат (час) " ____ "				

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің  
2018 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ ҚР ДСМ-48 бұйрығына  
14-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы  
№ 907 бұйрығына 7-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 мерзім Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 01/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
2	Туберкулезге шалдыққан iv категориялық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 01/у – категория IV	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
3	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) Журнал регистрации больных туберкулезом область, город, район	ТБ 03/у	А4	Журнал	5 жы лет
4	Туберкулезбен ауыратын iv санаттағы науқастарды тіркеу журналы/ Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 11/у	А4	Журнал	5 жы лет
5	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
6	Стационарлық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта стационарного больного	003/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 жь лет
7	Жүктілікті үзудің медициналық картасы/ Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
8	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/у	А4	Журнал	5 жы лет
9	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/у	А4	Журнал	5 жы лет
10	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы/Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	А4	Журнал	5 жы лет
11	Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы/ Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	А4	Бланк	1 жы год

12	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы/ Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/y	A4	Журнал	50 жь лет
13	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред	009/y	A4	Журнал	5 жы лет
14	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы/ Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов	009-1/y	A4	Журнал	5 жы лет
15	Стационарда босануды жазу журналы/Журнал записи родов в стационаре	010/y	A4	Журнал	25 жь лет
16	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	015/y	A4	Журнал	5 жы лет
17	Биологиялық өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации биологической смерти	017/y	A5	Бланк	25 жь лет
18	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
19	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации смерти на основании смерти мозга	019/y	A4	Бланк	25 жь лет
20	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) о қ и ғ а л а р д ы т і р к е у 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
21	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы/ Журнал учета консервированного костного мозга	024/y	A4	Журнал	25 жь лет
22	Қатерліісікпенауырғанстационарлықнауқастыңмедициналыққартасынан көшірме /Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/y	A4	Бланк	10 жь лет
23	Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға т о л т ы р ы л а т ы н хаттама /Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования клиническая группа IV	027-2/y	A4	Бланк	5 жы лет
24	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты/ Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	034/y	A5	Бланк	25 жь лет
25	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы Статистическая карта выбывшего из стационара	066/y	A4	Бланк	1 жы год
26	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара	066-1/y	A4	Бланк	1 жы год
27	Онкологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из онкологического стационара	066-2/y	A4	Бланк	1 жы год
28	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара	066-3/y	A4	Бланк	1 жы год
29	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге)/ Статистическая карта выбывшего из стационара (беременной, родильницы и новорожденного (мертворожденного))	066-5/y	A4	Бланк	1 жы год
30	Босану тарихы/ История родов	096/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жь лет

31	Нәрестенің даму тарихы/История развития новорожденного	097/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жы лет
32	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы Журнал отделения палаты новорожденных	102/у	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	Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйін медициналық куәландыруды тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинского освидетельствования для установления психоактивного вещества и состояния опьянения	022-2/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
2	Тәуелсіз сарапшының есеп картасы / Учетная карта независимого эксперта	023/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
3	Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме / Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	A5	Бланк	3 жыл/ года
4	Ем шараларды есепке алу журналы / Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
5	Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы / Журнал учета разведенных цитостатиков	029-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
6	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы / Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	035/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы / Заключение врачебно - консультационной комиссии	035-1/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
8	Анықтама / Справка	035-2/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
9	ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды (Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС)	035-3/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
10	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы / Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	A4	Кітап (Книга)	3 жыл/ года
11	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы / Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	038/у	A4	Журнал	1 жыл/ год

12	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
13	Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы эндоскопического отделения кабинета	039-7/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
14	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал работы отделения кабинета функциональной диагностики	039-8/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
15	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
16	Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии	051-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
17	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы / журнал учета инфекционных заболеваний	060/y	A5	Журнал	3 жыл/ года
18	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы / журнал регистрации и реабилитации инвалидов	088-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
19	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі / Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	088-2/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
20	Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы Мәлімдеме / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
21	ГБО сеанстарын тіркеу журналы / Журнал регистрации сеансов ГБО	093-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
22	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті ұйттанған уақытта 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
23	Анықтама студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытта 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, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	095/y	A5	Бланк	3 жыл/ года

24	Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _ анықтама / Контрольный талон к справке.Справка о временной нетрудоспособности	095-2/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
25	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы / Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром	099-3/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
26	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы / Заключение судебно-психиатрической экспертизы	100/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
27	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	101/y	A5	Бланк	дмн*
28	ИКСИЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы / Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ	103/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
29	Медициналық туу туралы куәлік / Медицинское свидетельство о рождении	103-12/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
30	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/y	A4	Бланк	дмн*
31	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы / Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
32	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
33	Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы (МҚАЕ) / Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	106/y	A4	Бланк	дмн*
34	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о смерти	106-12/y	A4	Бланк	15 жыл/ лет
35	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2-12/y	A4	Бланк	15 жыл/ лет
36	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы / Обменная карта беременной и родильницы	113/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
37	ЭКҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/y	A4	Бланк	1 жыл / год
38	Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы / Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций	135/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
39	АИТВ-инфекциясына қан алуды есепке алу журналы / Журнал учета забора крови на ВИЧ - инфекцию	136/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

40	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
41	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	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы / Медицинская карта амбулаторного пациента	025/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
2	Дәрігердің қабылдауына арналған талон / Талон на прием к врачу	025-4/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
3	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
4	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (Скринингтің) статистикалық картасы/ Карта профилактического осмотра (скрининга ребенка)	025-7/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
5	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы / Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента	025-8/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
6	Баланың медициналық картасы(Мектеп, мектеп-интернат, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін) / Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского сада, яслей-сада)	026/у	A5	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
7	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (қыз бала) / Медицинская карта ребенка ( для детского дома) (девочка)	026-1/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
8	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (ұл бала) / Медицинская карта ребенка ( для детского дома) (мальчик)	026-2/у	A4	Дәптер/ Тетрадь,	10 жыл/ лет
9	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы / Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	A5	Бланк	5 жыл/ лет
10	"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/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)

11	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы / Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством	030-2/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
12	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) / Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
13	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы / Книга записи вызовов врачей на дом	031/y	A4	Кітап (Книга)	3 жыл/года
14	Үйде босануды жазу журналы / Журнал записи родовспоможения на дому	032/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
15	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
16	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)
17	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы / Медицинская карта стоматологического больного	043/y	A5	Дәптер/Тетрадь	5 лет
18	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы / Карта обратившегося за антирабической помощью	045/y	A5	Бланк	3 года
19	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу журналы / Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/y	A4	Журнал	1 жыл/год
20	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы / Карта профилактических флюорографических обследований	052/y	A5	Бланк	1жыл/год
21	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы / Лечебная карта допризывника	053/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
22	Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) / Именной список допризывников для систематического лечения	054/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
23	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг)	055/y	A4	Журнал	3 жыл/года
24	Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы / Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	055-1/y	A5	Бланк	3 жыл/года
25	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны / Талон прикрепления к медицинской организации	057/y	A4	Бланк	1 жыл/год
26	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік - бақылау картасы / Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/y	A4	Дәптер/Тетрадь	3 жыл/года
27	Профилактикалық екпелердің картасы / Карта профилактических прививок	063/y	A5	Бланк	5 жыл/лет
28	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок	064/y	A4	Журнал	3 жыл/года

29	Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок новорожденным роддома	064-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
30	Вакциналар қозғаласының журналы/ Журнал движения вакцин	064-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
31	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
32	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы / Журнал записи амбулаторных операций	069/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
33	Жолдама алуға анықтама / Справка для получения путевки	070/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
34	Медициналық қорытынды / Медицинское заключение	071/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
35	Санаторийлік - курорттық карта / Санаторно-курортная карта	072/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
36	Балалар санаторийіне жолдама / Путевка в детский санаторий	077/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
37	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы / Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/y	A5	Бланк	
38	Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы / Амбулаторная карта больного туберкулезом	081/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
39	Медициналық анықтама (Шет елге шығушыға) / Медицинская справка для выезжающего за границу	082/y	A5	Бланк	
40	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама / Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	083/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
41	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
42	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы / Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
43	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение))	086/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
44	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/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
45	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы / Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
46	Баланың даму /История развития ребенка	112/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет



47	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
48	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
49	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
50	Тегін немесе жеңілдікті рецепт / Рецепт бесплатный, платный или льготный	130/у	A6	Бланк	1 жыл/год
51	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
52	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации амбулаторных больных	278/у	A4	Журнал	3 жыл/года
53	Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы / Журнал ежедневного приема смотрового ( мужского, женского) кабинета	278-1	A4	Журнал	3 жыл/года
54	Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары / Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу	278-2	A4	Журнал	3 жыл/года
55	Туберкулезді күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 15/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
56	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	А И Т В - и н ф е к ц и я с ы н 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/y	A5	Бланк	2 жыл/ года
3	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы / Сигнальный лист участковому врачу	110-1/y	A5	Бланк	2 жыл/ года
4	Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы / Карта вызова бригады санитарной авиации	110-2/y	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/y	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/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Санитариялық ұшуға тапсырма / Задание на санитарный полет	118/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
8	№ __Оралымды мәлімдеме / Оперативная заявка № _	118-1/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
9	Тапсырма (Консультант-дәрігерге) Тапсырманы орындау туралы анықтама / Задание врачу-консультанту. Справка о выполнении задания.	119/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
10	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы / Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
11	Вирусқа 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
12	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы / Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ	264-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
13	АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын анықтау нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ / Журнал регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ к антиретровируснымпрепаратам	264-10/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
14	ИФТ әдісімен зерттеуге түскен материалды тіркеу журналы/ Журнал регистрации материала, поступившего на исследование	266/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
15	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

16	____ ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____	267-3/e	A4	Журнал	3 жыл (года)
17	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
18	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы / Журнал обеззараживания инфицированных материалов	269/y	A4	Журнал	2 жыл/года
19	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
20	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции	270-2/y	A4	Бланк	3 жыл/года
21	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
22	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
23	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
24	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы / Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	270-6/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
25	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории	271/y	A4	Журнал	3 жыл/года
26	АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналы / Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ	272/y	A4	Журнал	3 жыл/года
27	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	272-1/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
28	АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы / Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	275/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
29	Бракераждық журнал / Бракеражный журнал	280/y	A4	Бланк	3 жыл/года

30	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	(№ _____ сериялы бакылаудағы сарысудың қайтаөндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін) бакылау картасы / Контрольная карта (контроль воспроизводимости результатов исследования параметров контрольной сыворотки серии №)	200/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
2	Жолдама / Направление	201/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
3	Ұлтабарды сүңгілеу картасы / Карта дуоденального зондирования	222/у	A4	Бланк	25 жыл/ лет
4	Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого)	222-1/е	A6	Бланк	25 жыл/ лет
5	Жұлын сұйықтығының талдауы / Анализ спинномозговой жидкости	223/у	A5	Бланк	25 жыл/ лет
6	Сүйек кемігі пунктатының талдауы / Анализ пунктата костного мозга	227/у	A5	Бланк	25 жыл/ лет
7	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)	240/е	A4	Бланк	25 жыл/ лет
8	Ыдыстар мен коректік орталардыбакылау журналы / Журнал контроля посуды и питательных сред	240-4/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
9	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	240-5/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
10	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	240-6/у	A4	Журнал	1 жыл/ год

11	Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру	240-7/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
12	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	240-8/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
13	Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей	240-9/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
14	Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на малярию	240-10/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
15	Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на эхинококк	240-11/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
16	Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы / Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук	240-12/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
17	Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца	240-13/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
18	Уытты күл дақылын қайта себу журналы / Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии	240-14/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
19	Стафилококкты фаготиптеу журналы / Журнал фаготипирования стафилококка	240-15/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
20	Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы / Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии	240-17/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
21	Бастапқы сынама қозғалысының журналы / Журнал движения первичной пробы	250-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
22	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы / Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер	250-2/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
23	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы / Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин	250-3/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы/ Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
25	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований	253/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
26	Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований смывов на стерильность	253-1/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
27	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы / Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	253-2/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
	Микроорганизмдердің химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған зерттеулер мен олардың				

28	нәтижесін тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/y	A4	Журнал	3 жыл/года
29	Жабдықтың зертханалық паспорты журналы / Журнал лабораторный паспорт оборудования	255/y	A4	Журнал	
30	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы / Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/y	A4	Журнал	1 жыл/год
31	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы / Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового автоклава	257/y	A4	Журнал	1 жыл/год
32	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы / Рабочий журнал исследований на стерильность	258/y	A4	Журнал	1 жыл/год
33	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы / Журнал регистрации серологических исследований	259/y	A4	Журнал	1 жыл/год
34	Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау) журналы / Журнал регистрации серологических исследований диагностика сифилиса	260/y	A4	Журнал	3 жыл/года
35	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/y	A4	Бланк	1 жыл/год
36	Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы / Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/y	A4	Журнал	1 жыл/год
37	кіріс бақылау актісі / Акт входного контроля	263/y	A5	Бланк	1 жыл/год
38	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі / Акт приёма - передачи образцов для исследования	283/y	A5	Бланк	1 жыл/год
39	Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін) / Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП	ТБ 04/y	A4	Журнал	3 жыл/года
40	Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований)	ТБ 17/y	A4	Журнал	3 жыл/года
41	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ)	ТБ 18/e	A4	Журнал	3 жыл (года)
42	ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС)	ТБ 24/e	A4	Журнал	3 жыл (года)
43	НАIN тест және ХpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов НАIN-теста и ХpertMTB/RIF)	ТБ 25/e	A4	Журнал	3 жыл (года)

## 6. ҚАН ҚЫЗМЕТІ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ КРОВИ

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	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы))	402/y	A6	Бланк	5 жыл/лет
2	"_ № __ 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/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
3	___ күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____)	405-1/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
4	Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы /Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____	405-2/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
5	Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы / Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов	406/y	A6	Дәптер/Тетрадь	5 жыл/лет
6	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы / Медицинская карта донора крови и ее компонентов	407/y	A4	Бланк	1 жыл/год
7	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігіжурналы / Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве	410/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
8	HLA-типтеу нәтижесі / Результат hla-типирования	410-2/y	A4	Журнал	1 жыл/год
9	HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами	410-4/y	A4	Журнал	1 жыл/год
10	Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования	410-6/y	A4	Журнал	1 жыл/год
11	HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования	410-7/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
12	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема и выдачи анализов	410-8/y	A4	Журнал	3 года
13	"кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "кросс-матч"	410-14/y	A4	Журнал	3 жыл/года
14	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы / Журнал учета заготовки донорской крови	411/y	A4	Журнал	10 жыл/лет

15	Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови	411 -1/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
16	Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитофереза	412/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
17	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/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
18	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови	413/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
19	Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови	413 -1/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
20	Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы	413 -2/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
21	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной	413 -3/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
22	Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства эритроцитов замороженных	413 -4/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
23	Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов	413 -5/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
24	Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы	413 -6/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
25	Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы / Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов	413 -7/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
26	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы / Журнал производства криоконсервированных компонентов крови	414/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
27	Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении	415/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
28	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы растворной	416/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
29	Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына берген өтінімдерін есепке алу журналы / Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные среды	417/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
30	Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу журналы / Журнал регистрации списания компонентов крови по браку	418/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет



31	Карантиндеудегі лейкосүзілгенплазманы тіркеу журналы / Журнал регистрации плазмы _____ вид плазмы, находящейся на карантинизации	419/y	A3	Бланк	1 жыл/ год
32	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
33	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегіөтінім / Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе	421/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
34	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов	422/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
35	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналы/ Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	422 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
36	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата	422 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
37	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
38	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов	422 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
39	Қан препараттардың босатуды есепке алу журналы / Журнал учета выдачи препаратов крови	422 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
40	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
41	Қан компоненттерін есептен шығару туралы Акті / Акт списания компонентов крови	424/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
42	Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	425 /y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
43	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы / Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров	425 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
44	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
45	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы / Журнал изготовления стандартных консервированных эритроцитов	425 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
46	Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы /	425 -5/y	A4	Журнал	

	Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови				5 жыл/лет
47	Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови)	425 -6/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
48	Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови	425 -8/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
49	"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
50	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/e	A4	Журнал	5 жыл/лет
51	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
52	Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы / Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций	433 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
53	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
54	Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции	433 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
55	Донор қанын зертханалық тестілеудің нәтижелері / Результаты лабораторного тестирования крови донора	433-6/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
56	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
57	Өнімді мұздату процесін жазу журналы / Журнал записи процесса замораживания продукта	434/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
58	Плазманың түсуін тіркеу журналы / Журнал регистрации поступления плазмы	434 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
59	Плазманы фракциялауға беру журналы / Журнал передачи плазмы на фракционирование	434 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
60	Өнім қозғалысының журналы / Журнал движения продукции	434 -3/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
61	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісі журналы / Журнал технологического процесса производства раствора альбумина	434 -4/y	A4	Журнал	10 жыл/лет

62	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісіжурналы / Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека	434 -5/у	A4	Журнал	10 жыл/лет
63	Жөнелтпе құжаттың №__ (Накладная №__ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) / Наименование плазмы и ее количество в литрах)	434 -6/у	A4	Бланк	10 жыл/лет
64	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу/ журналы / Журнал записи процесса лиофилизации продукта	435/у	A4	Журнал	10 жыл/лет
65	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови	436/у	A4	Журнал	10 жыл/лет
66	Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісінің тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы / Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	436 -1/у	A4	Журнал	10 жыл/лет
67	ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу Ж У Р Н А Л Ы / Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	436 -2/у	A4	Журнал	10 жыл/лет
68	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/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
69	Шөлмектер мен тығындарды өңдеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок	438/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
70	Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК)	439/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
71	Қан компоненттерінің, препараттарының, каналмастырғышзаттардың 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
72	Биологиялықбақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов биологического контроля	440/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
73	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

74	Талдау төлқұжаты / Аналитический паспорт	442/у	A4	Бланк	қ у а дмн*
75	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции	443/у	A4	Журнал	қ у а дмн*
76	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
77	Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) е с е п к е а л у журналы / Журнал учета рекламации претензий на продукцию	444-1/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
78	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*
79	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*

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМҚ