

"Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 1 шілдедегі № ҚР ДСМ-62 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2022 жылғы 4 шілдеде № 28685 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) мынадай өзгерістер мен толықтырулар енгізілсін:

"Денсаулық сақтау саласындағы құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" бұйрықтың атауы мынадай редакцияда жазылсын:

"Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы";

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес" деген бұйрықтың кіріспесі мынадай редакцияда жазылсын:

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабының 31) және 33) тармақтарына, сондай-ақ " Қазақстан Республикасының Азаптауларға және басқа да қатыгез, адамгершілікке жатпайтын және ар-намысты қорлайтын іс-әрекеттер мен жазалау түрлеріне қарсы конвенцияға қосылуы туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес"";

көрсетілген бұйрыққа 1-қосымшамен бекітілген стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандарында:

"№___стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысаны осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес мынадай редакцияда жазылсын;

осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес "Стационардан шыққанның (тәулік бойы, күндіз) №___статистикалық карта" № 012/е нысаны мынадай редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрыққа 2-қосымшамен бекітілген стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандарында:

осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес "Медициналық-әлеуметтік сараптаманың қорытындысы" № 031/е нысаны мынадай редакцияда жазылсын;

осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес "Мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының (бұдан әрі – ОЖБ) медициналық бөлігі" № 033/е нысаны мынадай редакцияда жазылсын ;

осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес "№__ туу туралы медициналық куәлік (тіркеуші органдарға ұсыну үшін беріледі)" № 041/е нысаны мынадай редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрыққа 3-қосымшамен бекітілген амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандарында:

осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес "Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысаны мынадай редакцияда жазылсын;

осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес "Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы" 054/е нысаны мынадай редакцияда жазылсын;

осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес "Қатыгез қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру жөніндегі нұсқаулық" редакцияда 10-қосымшамен толықтырылсын;

көрсетілген бұйрықтың 7-қосымшасымен бекітілген денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасы нысандарының тізбесі қазақ тілінде осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын, орыс тіліндегі мәтін өзгермейді.

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

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) 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 Республикасы
Денсаулық сақтау министрі*

А. Ғиният

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

2022 жылғы 1 шілдедегі
№ ҚР ДСМ-62 Бұйрыққа
1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
1-қосымша

**Стационарда қолданылатын медициналық есеп құжаттамасының нысандары "№ _____
Стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысаны**

1-бөлім. Қабылдау бөлімі

Жалпы бөлім:

1. ЖСН _____

2. Т.А.Ә. (бар болса) _____

3. Туған күні – " _____ " _____ 20 _____ ж.

4. Жынысы

ер

әйел

5. Жасы _____

6. Ұлты _____

7. Азаматтығы (елдер анықтымылығы) _____

8. Тұрғыны _____

қала

ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы _____

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны _____

Кәсібі Білімі _____

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № _____

12. Мүгедектік тобы _____

13. Өтеу түрі _____

14. Әлеуметтік мәртебесі _____

15. Пациент жолданды _____

16. Емдеуге жатқызу түрі _____

Емдеуге жатқызу коды _____

Қабылдау бөлімшесі дәрігерінің жазбасы _____

Ағымдағы емдеуге жатқызу туралы ақпарат: _____

17. Осы ауруы салдарынан осы жылда емдеуге жатқызу _____

18. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

Денсаулығым туралы ақпаратты келесілерге хабарлауға рұқсат етемін:

Туысының Т.А.Ә. (бар болса) (бар болса)	Кім болады	Телефон
-----------------------------------------	------------	---------

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің алғашқы қарап-тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні - " ____ " мен _____ уақыты

2. Шағымдар _____

3. Ауру анамнезі _____

4. Өмір анамнезі _____

5. Аллергиялық реакцияға (препараттардың төзімділігін қоса алғанда)

иә

жоқ

6. Басынан өткерген жұқпалы аурулар

жоқ

иә (коды атауы)

Туберкулез

иә

жоқ тері-вен

иә

жоқ Гепатит

иә

жоқ басқа Вирусты гепатит

иә

жоқ Қызылша, қызамық

иә

жоқ Желшешек

иә

жоқ эпидемиялық паротит

иә

жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық науқастармен қатынаста болмаған

7. Объективті деректер _____

8. Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері _____

9. Түскен кезіндегі қойылған диагноз _____

10. Алдын-ала қойылған диагноз _____

11. Құлау тәуекелін бағалау _____

12. Ауырсынуды бағалау

бар

жоқ

Пациентті іріктеу (қабылдау бөлімі) _____

13. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты " ____ " _____ 20 ____ ж. _____

14. Тriage-жүйесі бойынша іріктеу _____

15. Идентификациялық бейдж _____

16. Пациентке нұсқаулық _____

17. Санитарлық өңдеуден өтті _____

иә

жоқ (егер өтсе, уақытын, тазарту көлемін, көрсетілімдерді жазыңыз)

18. Тасымалдау түрлері _____

19. Инфекциялардың бергілері _____

иә

жоқ

Егер иә болса, пациент изоляторға орналастырылды ма

иә

жоқ

20. Тұрғынүй- тұрмыс шарттары (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

21. Араласу ортасы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде) _____

22. Материалдық қамтылуы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

23. Әлеуметтік демеу (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

Қарап-тексеру өткізген: Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

2-бөлім. Емдеуші дәрігердің алғашқы қарап-тексеруі _____

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты, бөлімшесі, палата №, төсегі- 20 ____ " ____ " _____

2. Шағымдары _____

3. Пациенттің объективті деректері _____

4. Ауру анамнезі _____

5. Өмір анамнезі _____

6. Тұқым қуалаушылық _____

7. Емдеуге жатқызу кезінде дәрі-дәрмектерді қабылдау

жоқ



иә (атауы, қашан және қабылдау себептері)

8. Алдын-ала қойылған диагноз _____

9. Зерттеп-қарау жоспары _____

10. Емдеу жоспары (4 қосымша парағы) _____

Емдеуші дәрігер: Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Босану кезінде толтырылады: _____

1. Босану күні мен уақыты 20__ ж. " ____ " _____

2. Жалпы ақпарат (бойы, салмағы, соңғы етеккірі, ұрықтың бірінші қозғалуы, іш шеңберінің өлшемі, жатыр түбінің биіктігі, ұрықтың жатқан жатысы, позициясы және түрі, ұрықтың жүрек соғысы, орны, ЖЖЖ келетін бөлігі, босану қызметі, ұрықтың болжамды салмағы).

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

3. Босану ағымы (толғақ уақыты, қағанақ суы кетті, судың сапасы мен мөлшері, толық ашылуы, күшену басталуы, бала туды (бірінші, екінші), тірі туу өлшемшарттары, жынысы, бойы, салмағы, басының айналымы)

Акушер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
1-қосымша парақ

Пациенттің объективті статусы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты " ____ " _____ 20__ ж. _____

2. Бойы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) _____;

3. Салмағы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) _____;

4. ЖЖЖ _____

5. ТАЖ _____

6. АҚ _____

7. Температурасы _____

8. Ішілген сұйықтық көлемі _____

9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы _____

10. Жалпы жай-күйі (психоэмоционалдық статусы, сыртқы әлпеті, мінез – құлық адамгершілік нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны қабылдауының адекваттығы, зердесі, өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы, еңбекке қабілеттілігі, орындайтын жұмысы, ұйқысы мен демалуы, сексуалдық қанағаттануы, тыныс алуы бұзылуы, жөтел, оттегіне мұқтаждығы, қан айналым жүйесі, тәбеті, тілі, күнделікті рационы мен тамақтану режимі, тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік, тамақтануының бұзылу себептері, ем-дәм сақтау туралы кеңес, несеп

шығару жүйесінің жағдайы, сұйықтықтар тұтыну мөлшері, су балансы) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) _____;

11. Физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар (физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар барысында, қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, несеп сипаты, дизуриялық бұзылулар, несеп шығару, ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, нәжіс сипаты, іш катулар, іш өтулер, дефекация, іш айдатқы заттарды қолдану, дефекация кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) _____;

12. Қозғалу белсенділігі (бұлшық ет тонусы, буындар жағдайы, буындар қозғалғыштығының дәрежесі, жауыржара қаупі) (МҰ бейіні қажеттілігіне байланысты) _____.

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
2-қосымша парақ

Күнделік

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты _____ " _____ " _____ 20__ ж. _____

2. Пациенттің объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Пациенттің жай-күйінің динамикасы _____

5. Зертханалық-аспаптық зерттеулер _____

6. Босанудан кейінгі кезеңінің ағыны (тек қана осы санаттағы пациенттерге байқауды жүргізетін ұйымдар үшін) _____

7. Партограмма (тек қана осы санаттағы пациенттерге байқауды жүргізетін ұйымдар үшін) _____

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
3-қосымша парақ

Пациенттің хабардар етілген келісімі*

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша ерікті түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН _____

Т.А.Ә. (бар болса) (толық) _____

Туған күні – " _____ " _____ 20__ ж. _____

МҰ бола отыра (МҰ атауы) _____

Медициналық араласудың мынадай түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2) Туберкулезді емдеу кезінде науқас құқықтары мен міндеттері туралы, "Туберкулезбен ауыратын науқастың мінез-құлық қағидаларын" сақтау шаралары, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және / немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдану туралы (режимді бұзу) түсіндірілді.

3) Мен денсаулығым туралы, емделудің алдыңғы эпизодтары, қосарласқан аурулар, бастан өткерген операциялар, жарақаттар, аллергиялық реакциялар туралы және емдеудің дұрыс тактикасын таңдау үшін қажетті барлық ақпарат бердім.

4) Менде кез-келген сұрақтар қою мүмкіндігі болды, және мен қол жетімді түрде барлық сұрақтарға толық жауап алдым.

Қолы: _____ Күні мен уақыты 20__ ж. "____" _____

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (бар болса) (толық)

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID

Күні мен уақыты "____" _____ 20__ ж. _____

Ескертпе:

Медициналық қызметкерлер көрсетілімдер бойынша инвазиялық араласуларды бастап кеткен және пациенттің өміріне қауіп төнуіне байланысты оны тоқтату және қайтару мүмкін болмаған жағдайларды қоспағанда, инвазиялық араласулар жүргізуге келісім қайтаруға жатады.

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
4-қосымша парақ

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

1. Күні мен уақыты-20__ ж. _____ "____" _____

2. Тәртібі _____

3. Ем-дәм _____

4. Көрсетілетін қызметтердің, дәрілік заттардың атауы (оларды тағайындау уақыты мен күшін жою уақыты бойынша нақты ұсыныстармен)

5. Тағайындау күні (уақытымен) мен аяқтау күні 20__ "____" _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
5-қосымша парақ

Клиникалық диагнозды негіздеу (ішкі қағидаларға сәйкес, негіздемелер саны тек көрсетілгендермен ғана шектелмейді)

1. Күні мен уақыты -20 _____ " _____ " _____

2. Объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

5. Диагноз _____

6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
6-қосымша парақ

"Трансфузия алдындағы эпикриз" Ауру тарихындағы трансфузиялық анамнез:

трансфузиялар бұрын өткізілмеген

ерекшеліктері жоқ трансфузиялық анамнез

трансфузиядан кейінгі асқынулар орын алды, қандай екенін көрсету қажет
Әйелдер үшін акушерлік анамнез:

ерекшеліктері жоқ

көп реттік (5 және одан артық) жүктілік, өлі туу, ерте мерзімдегі аборт және түсік жағдайларын қоса алғанда

Иммунды гематологиялық ерекшеліктер:

болған жоқ

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған

иммундық антиэритроцитарлық анти денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету қажет)

антиэритроцитарлық анти денелер зерттелген жоқ

Құрамында эритроциттер бар қан компоненттері үшін көрсетілімдер (ЭҚК) ЖҚА, ҚСЖ _____

Ересектерде консервіленген эритроциттердің бір дозасы гемоглобинді шамамен 10 г /л көбейтеді _____

Жіті қаназдық, гемоглобин г/л

созылмалы теңгерілмеген қаназдық гемоглобин г/л, клиникалық деректер: айқын әлсіздікке шағым, ТЖ, Рs, АҚ

0 қаназдық кезінде O₂ жеткізудің төмендеуі Hb г/л, PaO₂ мм. сын. бағ, PvO₂ мм. сын. бағ

Есептелген дозасы _____

СЗП/криопреципитат үшін көрсетілімдер _____

Соңғы коагулограмманың деректері: (коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ҚҰУ жеткілікті)ПТИ %, ХНҚ, БТУ Фибриноген г/л, АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі, ҚҰУ мин _____

Талдау күні/айы/жылы _____

коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы

плазмаалмасу

Есептелген доза (12-20мл/кг) _____

КТ үшін көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны *10⁹/л _____

Талдау күні/айы/жылы _____

Геморрагиялық тромбоцитопениялық синдром

Геморрагиялық синдромсыз 10*10⁹/л төмен тромбоцитопения

50*10⁹/л төмен тромбоцитопения, хирургиялық операция

100*10⁹/л төмен тромбоцитопения, нейрохирургиялық операция

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром

Есептелген доза _____

Альбумин үшін көрсеткіштер: _____

Гипопротеинемия/гипоальбуминемия г/л, _____

Талдау күні/айы/жылы _____

Трансфузияға көрсетілімдерді негіздеген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Трансфузияға көрсетілімдер тексерілгенін растаймын _____

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы

Трансфузияны өткізген күні 20 ____ " ____ " _____

Трансфузияны өткізген уақыты: басталды күні/айы/жылы, аяқталды күні/айы/жылы
– басталуы 20 ____ " ____ " _____, аяқталуы 20 ____ " ____ " _____

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі _____

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі _____

Трансфузияға дейін: _____

АҚ _____

Ps _____

t0 _____

Трансфузиялық анамнез _____

Трансфузияға көрсетілімдер _____

Трансфузиялық ортаның атауы _____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі _____

Трансфузиялық орта этикеткасының нөмірі _____

Трансфузиялық ортаны дайындаушы ұйымның атауы _____

Трансфузиялық ортаны дайындау күні _____

Үйлесімділік сынамалар өткізу: _____

-қан тобы бойынша

- резус-тиістілігі бойынша

Сынамаларды өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID (қан тобы және резус)

- биологиялық сынама

Құйылған _____ миллилитр (мл) (тамыр ішіне, тамшылатып, сорғалатып,
тамшылатып-сорғалатып)

Трансфузиядан кейінгі реакция және/немесе асқыну

Қабылданған шаралар

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID

Трансфузиядан кейін:

Ps _____, АҚ _____, t 0 _____ (1 сағаттан кейін); Ps _____, АҚ _____,
t0 _____ (2 сағаттан кейін);

Ps _____, АҚ _____, t0 _____ (3 сағаттан кейін). Несептің бірінші бөлігінің түсі Тәуліктік диурез

Орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Уақыты мен күні 20 _____ " _____ "

Трансфузиялық парак

1. Күні-20 _____ " _____ "

2. Трансфузиялық ортаның атауы _____

3. Мөлшері _____ мл

4. Донордың қан тобы, Rh _____

5. Көрсетілімдер _____

6. Заттаңба №, өндіруші ел _____

7. Асқынулар _____

8. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
7-қосымша парак

Диагностикалық зерттеулер/көрсетілетін қызметтер хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты - 20 _____ ж. _____ " _____ "

2. Тарификатордан қызметтің атауы _____

3. Өткізілген зерттеулер туралы ақпарат _____

4. Қорытындысы _____

5. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
8-қосымша парак

Реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) науқас жай-күйінің негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулар картасы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты – 20 _____ ж. _____ " _____ "

2. Объективті деректері (температура, ЖЖЖ, ӨЖВ, SpO2 / FiO2, ОВҚ, АҚ, ВАШ бойынша ауырсынуды бағалау, RASS делириясын бағалау) _____

3. Дәрігерлік тағайындаулар парағы (манипуляция өткізу уақытын секундпен көрсету) _____

4. Диагноз _____

5. Күнделік (қосымша өмірді қамтамасыз ететін аспаптар мәртебесі, қажет бар болса гидробаланс сипаттамасы) _____

6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің

Маман консультациясы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты - 20____ ж. " ____ " _____
2. Консультация түрі _____
3. Зертханалық талдаулар және диагностикалық зерттеулердің, қосымша зерттеулердің нәтижелерін түсіндіру _____

4. Диагноз _____

5. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау _____

6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Қажетіне қарай:

7. Жазбалары консилиум (диагнозы бойынша келісілген зерттеп-қараумен және емдеу ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум қатысушыларының бірінде ерекше позиция бар болса, оның пікірі тіркеледі)

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
10-қосымша парақ

Операция/ем-шара/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты - 20__ ж. " ____ " _____.

2. Операция/ем-шара / аферезге көрсетілімдер _____

3. Клиникалық диагноз (жүрек-қан тамырлары операцияларын жүргізу кезінде операция алдындағы науқастың жай-күі, наркозға дайындық, әрбір 5 минут сайын объективті деректерді өлшеу, наркоз және операция барысында асқынулар сипатталады)

4. Анестезиялық құрал _____

5. Операция/ем-шара / аферез хаттамасы: _____

5.1 Операция/ем-шара / аферез басталған және аяқталған күні мен уақыты _____

5.2 Операция/ем-шара / аферез ағымы (сипаттамасы), орындау техникасын қоса алғанда _____

5.3 Операция/ем-шара / аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары _____

5.4 Қосымша зерттеулер әдістерін және зертханалық зерттеуді жүргізу _____

5.5 Операцияның ақыры, операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Операция/ем-шара / аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет) _____

5.6 Қан кету _____

_____ (мл)

5.7 Операция/ем-шара / аферез коды мен атауы _____

5.8 Операция/ем-шара / аферезден кейінгі диагнозы _____

5.9 Ұсынымдар _____

5.10 Операция/ем-шара / аферез жасаған дәрігерлердің, ассистенттердің, анестезиолог пен ОМҚ Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
11-қосымша парақ

Жаңа туған нәрестенің даму тарихы

Босану бөлімшесінде толтырылады:

Уақыты мен күні - 20 ____ ж. " ____ " _____

1. Ата-анасы туралы ақпарат (қан тобы, резус-тиістілік) _____

2. Жаңа туған нәрестенің туу/қайтыс болу, түсуі, шығуы, ауыстырылуы туралы толық сипаттамасымен ақпарат _____

3. Жаңа туған нәрестенің қорытынды диагнозы _____

4. Анасы/әкесі жағынан тұқым қуалаушылық _____

5. Жаңа туған нәресте және босану үрдісі туралы ақпарат _____

6. Жаңа туған нәрестені Апгар шкаласы бойынша бағалау _____

7. Емшек сүтімен тамақтандыру, даму ақаулары, туу жарاقاتтанушылық, гонобленореяның профилактикасы туралы ақпарат _____

8. Тұқым қуалайтын патологияға скринингі (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні _____

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Жаңа туған нәрестені босану залынан бөлімшеге ауыстыру кезінде толтырылады:

Уақыты мен күні -20 ____ ж. " ____ " _____

1. Жаңа туған нәрестені бөлімшеге ауыстыру туралы ақпарат, палата № _____

2. Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жай-күйі _____

3. Алдын ала қойылатын диагноз _____

4. Нәрестені қабылдаған және өндеген мейіргер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Жаңа туған нәрестелер палатасында (бөлімшесінде) нәрестені алғашқы рет қарап-тексеру

Уақыты мен күні - 20__ ж. " ____ " _____

1. Жалпы жай-күйі (нәрестенің жатқан жатысы, айғайының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы), тері қабаты, көрінетін жылбысқы қабықтары, кіндік қалдығы, емізу кезінде көкірек клеткасының қалпы _____

2. Емшек сүтімен тамақтандыру жиілігі _____

3. Өкпесінің, тамыр соғуының жай-күйі _____

4. жаңа туған нәрестені күнделікті жалпы қарап-тексеру деректері, жаңа туған нәрестенің жай-күйінің өзгеруі _____

5. Вакцинациялар, тұқым қуалайтын патологияларға скрининг, аудиологиялық неонаталды скрининг _____

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз _____

1. Ұсынымдар мен олардың негізделуі _____

2. Диагноз _____

Қорытынды бөлім: _____

Шығару эпикризі _____

Эпикриз пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді; емдеу кезіндегі асқынуларды; зертханалық зерттеулердің, сондай-ақ консультациялардың нәтижелерін қорытындылауды; диагнозға сүйене отырып, емдеудің одан әрі әдісін анықтауды, қажет болған жағдайда оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағдарының ауқымын көрсететін ұсыныстар беруді қамтиды. Сұрау бойынша пациентке эпикриздің көшірмесі беріледі.

1. Клиникалық диагноз _____

Қойылған күні - 20__ ж. " ____ " _____

2. Емдеудің басқа түрлері _____

3. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағын беру туралы белгі _____

еңбекке жарамсыздық парағының №, ашылған және жабылған күні

4. Немен аяқталды _____

МҰ ауыстырылды (МҰ тіркелімінен)

5. Еңбекке қабілеттілігі _____

6. Шыққан күні мен уақыты _____

7. Өткізген төсек-күндер _____

8. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды _____

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды күні/айы/жылы – " _____ " _____ 20__ ж. _____

Аутопсия жүргізілді:

иә

жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды: _____

Патологиялық морфологиялық диагноз (негізгі) _____

негізгі ауруының асқынуы _____

қосалқы _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
12-қосымша парақ

Қатыгез қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша стационар жағдайында медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы

Жүгінген күні мен уақыты

Төлқұжат деректері

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болса)

3. Туған күні: күні, айы, жылы

4. Жынысы ер әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Ауыл тұрғыны қала

8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Өтеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Жүгіну себебі: дене жарақаты және(немесе) психологиялық әсер ету (астын сызу

)

14. Шағымдар

15. Анамнез:

Деректерді көрсету:

Уақыты мен күнін көрсете отырып физикалық және психологиялық зорлық көрсету жағдайлары туралы;

Қару және (немесе) қару ретінде қолданылған құралдарды қолдану туралы.

16. Дене жарақаттарының сипаттамасы:

Тырналудың сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық локализация (сызбада көрсету)

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты

3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Түбінің және жабынды қыртысының жай-күйі - ылғалды, айналасындағы тері деңгейіне қатысты батады; қоршаған тері деңгейінде ; қоршаған тері деңгейінен жоғары , периферия бойынша шыққан гиперпигментация учаскесі ; гипопигментация ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ салу

Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты, 3.Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Көгерудің түсі – қызыл-қызғылт , көкшіл-күлгін, қоңыр, жасыл, сары ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, қыртыс.

Жараның сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

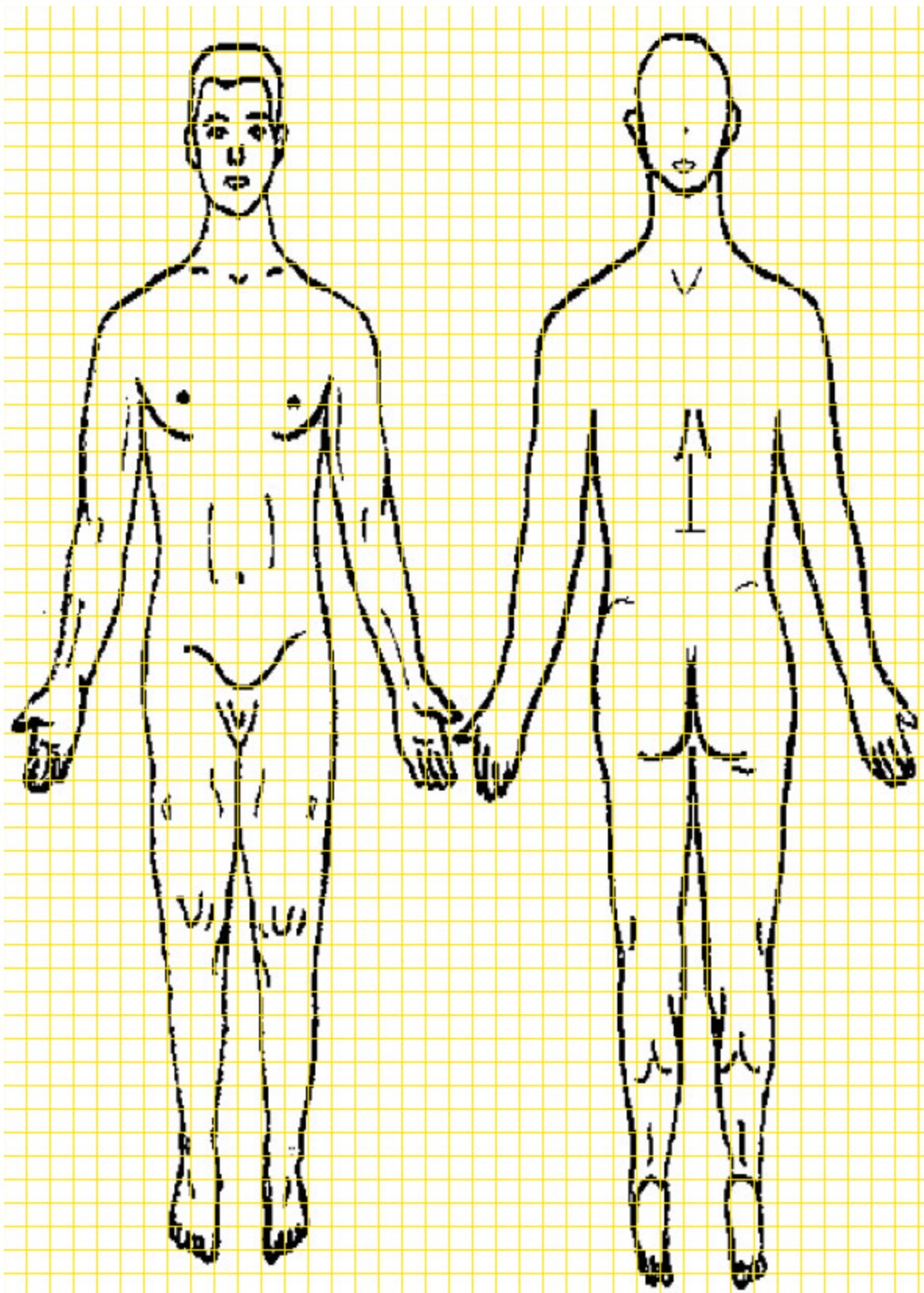
2. Жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты, шпиндель тәрізді;
3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: "минус-мата" ақауының болуы;
4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, бөліну, ластану, бөгде қосындылар;
5. Қабырғалардың бедері: біртегіс, тегіс, тік орналасқан бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған;
6. Шеттерінің шөгуі;
7. Түбінің ерекшеліктері: тінаралық байланысатын тіндік түйісулердің болуы, бұлшықеттің зақымдануы, сүйек;
8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысуы, шаштың соңғы бөлігінде бадананың сыртқа айналуы .
9. Тілу, кесу, арамен кескенде шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс, тегіс емес, кертіктелген;
10. Көптеген жаралар болған кезде оларды нөмірлеу жүргізіледі және анықталған қасиеттер жиынтық кестеде және дене сызбаларында көрсетіледі.

Сынықтың сипаттамасы

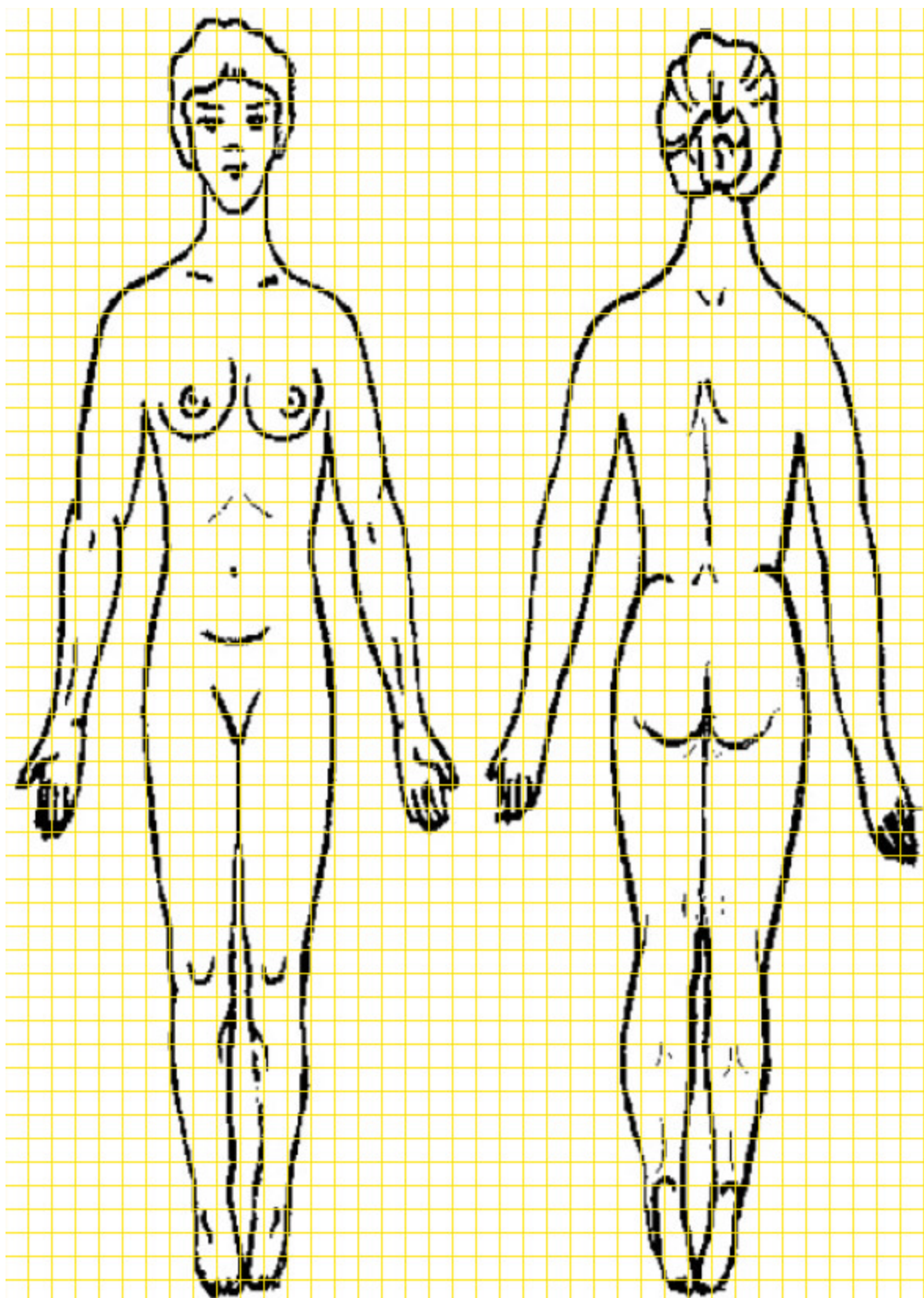
1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні сызықты, тұрақты емес, көп қырлы
3. Өлшемдері ХХХсм,
4. Сыну сызықтарының бағыты тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;;
5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.
6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; омыртқа денесінің, омыртқа доғаларының және өсінділерінің сынуы, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы.

Анатомиялық орналасу схемасы

Еркек схемасы



Әйел схемасы



17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау 1. Сана

1.1 сана айқын, бұзылмаған;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты ,
орынға байланысты,
жеке тұлғада;
1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты;
2.2 пассивті, мәңгірген;
2.3 мелшиген;
2.4 қозған;
2.5 қорқақ;
2.6 жылауық;
2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 тегіс көңіл-күй фоны;
3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм);
3.3 ашулану және (немесе) ызаланған;
3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;
3.5 қорқыныш, үрей;
3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)
4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);
4.1 ерекшеліктері жоқ;
4.2 баяу ойлау, сөйлеу;
4.3 жедел ойлау, сөйлеу;
4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу;
4.5 байланыссыз ойлау;
4.6 сандырақ идеялар;
4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар;
4.8 жадының бұзылуы;
4.9 назардың бұзылуы;
4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)
5. Соматовегетативтік бұзылулар (науқастың шағымдары бойынша анықталады)
5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі;
5.2 қатты терлеу, ыстық жыпылықтау немесе қалтырау, құрғақтық ауызда;
5.3 қол және (немесе) аяқта және (немесе) денедегі дірілдеу;
5.4 бұлшықет кернеуі, босансуға қабілетсіздік;

- 5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы;
- 5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық";
- 5.7 бас айналу, бас ауруы;
- 5.8 әлсіздік, шаршау сезімі;
- 5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі,
- 5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

6. Жоғарыдағы тармақтарда көрсетілмеген, медицина қызметкері анықтаған белгілер

- 6.1 Ұйқының бұзылуы,
- 6.2 Тәбеттің бұзылуы,
- 6.3 Психологиялық жарақаттың болуы;
- 6.4 Қызығушылықты жоғалту;
- 6.5 Құпия, сенімсіздік;
- 6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар;
- 6.7 Үмітсіздік сезімі;
- 6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі) ;
- 6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса) ;

Қысқарған сөздер тізімі:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	Т.А.Ә. (бар болса)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

1. ҚОСЫМША МЕДИЦИНАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР (ҚҰЖАТТАР) Медициналық қарап-тексеру кезінде ұсынылған медициналық карталар, медициналық қорытындылар, үзінділер, клиникалық-зертханалық зерттеулердің деректері: о жоқ о бар (көрсетіңіз)

2. Бағытталған зерттеуге (қандай екенін көрсету), консультацияларға (көрсету) емдеуге (көрсету)

3. Зорлық-зомбылық туралы Ішкі істер органдарына/прокуратураға белгіленген тәртіппен хабарланды

Хабарлама күні

Ішкі істер органының/прокуратураның атауы

Идентфикатор, дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
13- қосымша парақ

Сурдологиялық пациенттің қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә. (бар болса) _____

Жасы _____

ЖСН _____

Мекенжайы _____

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Алғашқы анықталған ауруы ИӘ/ЖОҚ

Бұрыннан белгілі ауруы _____

Шағымдар _____

Ауру анамнезі _____

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)	Бір жақты		AD		AS		
	Екі жақты		AD		AS		
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ иірімінің, есту нервісінің ауытқуы)	Бір жақты		AD		AS		
	Екі жақты		AD		AS		
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрінің аурулары	Бір жақты		AD		AS		
	Екі жақты		AD		AS		
Сенсоневральді есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты	AD		AS		
		екі жақты	AD		AS		
	2-дәрежелі	бір жақты	AD		AS		
		екі жақты	AD		AS		
	3-дәрежелі	бір жақты	AD		AS		
		екі жақты	AD		AS		
	4-дәрежелі	бір жақты	AD		AS		
		екі жақты	AD		AS		
	Керендік	бір жақты	AD		AS		
		екі жақты	AD		AS		
	3-дәрежелі	1-дәрежелі	бір жақты	AD		AS	
			екі жақты	AD		AS	
2-дәрежелі		бір жақты	AD		AS		
		екі жақты	AD		AS		
		бір жақты	AD		AS		

Кондуктивтік есту мүкістігі	3-дәрежелі	екі жақты		AD		AS	
		бір жақты		AD		AS	
	4-дәрежелі	екі жақты		AD		AS	
		бір жақты		AD		AS	
	Кереңдік	екі жақты		AD		AS	
		бір жақты		AD		AS	
Аралас есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	2-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	3-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	4-дәрежелі	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	
	Кереңдік	бір жақты		AD		AS	
		екі жақты		AD		AS	

Керегін белгілеу

Есту аппараты (бар\жоқ)	А у а өткізгіштік		AD		AS	
	С ү й е к өткізгіштік		AD		AS	
Имплантталатын жүйе (бар\жоқ)	Орта құлақ		AD		AS	
	С ү й е к өткізгіштік		AD		AS	
	Кохлеарлық имплантация		AD		AS	
Білім беру мекемесі/ жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру		Иә		Жоқ
		түзету		Иә		Жоқ
	Мектеп мекемесі	жалпы білім беру		Иә		Жоқ
		түзету		Иә		Жоқ
	Жоғары / орта оқу орны			Иә		Жоқ
	Жұмыс орны					
Ұйымдастырылмаған			Иә		Жоқ	

"Стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысанының қысқарған сөздер тізімі:

1	FiO2	Оксигенация индексі
2	Hb	Гемоглобин

3	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машина оқитын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін бірегей белгі)
4	Ps	Матрицалық штрих-код түріне арналған сауда маркасы
5	Rh	Резус факторы
6	SpO2	Қанның оттегімен қанықтыру деңгейі
7	t0	Дене температурасы
8	АҚ	Артериялық қысым
9	АТШ	Антитромбин III
10	БИТУ	Белсендірілген ішінара тромбопластин уақыты
11	КАШ	Көрнекі аналогтық шкала
12	ЕТ	Емшек сүтімен тамақтандыру
13	ӨЖЖ	Өкпені жасанды желдету
14	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
15	КТ	Компьютерлік томография
16	мл	Миллилитр
17	мм сын. бағ.	Миллиметр сынап бағынасында
18	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
19	МҰ	Медициналық ұйым
20	RASS делирия бағалау	Richmond Agitation-Sedation Scale делирия бағалау
21	ПТИ	Протромбин индексі
22	PvO2	Қанның газ құрамы
23	PaO2	Қанның газ құрамы
24	ЖМП	Жаңа мұздатылған плазма
25	ОМҚ	Орта медициналық қызметкерлер
26	Т.А.Ә. (бар болса)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
27	ОВҚ	Орталық веналық қысым
28	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
29	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жиілігі

Бұйрыққа
2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
1-қосымша

Стационарда қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары "
Стационардан шыққанның статистикалық картасы" № 012/е нысаны (тәуліктік, күндізгі) №

Жалпы бөлім:

1. ЖСН _____

2. Т.А.Ә. (бар болса) _____

3. Туған күні - " ____ " _____ 19 ____ ж. _____

4. Жынысы _____

5. Жасы _____

6. Ұлты _____

7. Азаматтығы (елдер анықтамалығы) _____

8. Тұрғыны _____

қала

ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы _____

Білімі _____

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № _____

12. Өтеу түрі _____

13. Әлеуметтік мәртебесі _____

14. Емдеуге жатқызу түрі

бірінші рет



қайталап

Жоспарлы емдеуге жатқызу кезінде толтырылады:

Емдеуге жатқызу коды _____

Арнайы стационарлар үшін қосымша толтырылады:

Емдеуге жатқызу мақсаты (онкологиялық бейін, наркологиялық бейін, психикалық бейін)

15. Пациент кіммен жіберілді _____

16. Жолдаған МҰ атауы (МҰ тіркелімінен) _____

17. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

18. Түскен кездегі диагнозы _____

19. Жарақаттың түрі:

1. Тұрмыстық , 2. Көшеде , 3. ЖКО , 4. Мектепте , 5. Спорттық

20. Қатыгездікпен қарау синдромы: оның ішінде:

1) қараусыз қалу немесе бас тарту , 2 физикалық қатыгездік ,

3) сексуалдық қатыгездік, 4) психологиялық қатыгездік , 5) қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары , 6) анықталмаған қатыгездік синдромы

21. Емдеуге жатқызылды:



қарайтын адаммен



баланы емізетін анамен

22. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты

23. Бөлімше, палата №

24. Реанимацияда болды

25. Төсек бейіні

26. Тасымалдау түрі

27. АИТВ-ға зерттеп-қарау

28. Қан тобы, резус-фактор

29. Аллергиялық реакциялары

30. Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы)



иә



жоқ

препараттың аты, жағымсыз әсерінің сипаты

31. Қорытынды клиникалық асқынулар диагнозы

Ілеспелі ауру 1

Ілеспелі ауру 2

Стационарлар толтырады:

1. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы

Көрсетілген қызметтердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

2. Хирургиялық операция

Күні Уақыты	Операцияның атауы мен коды	Анестезия (коды)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы	Операциядан кейінгі асқынулар	Арнаулы аппаратура (коды)	Дәрігерлердің коды
-------------	----------------------------	------------------	----------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	--------------------

Хирургиялық операциялар

	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент
	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент
	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент
	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент

Нашақор пациенттерге көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Есірткіні пайдалану түрі:

	Есірткінің түрі	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл)	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы	Пайдалану тәсілі	Пайдалану жиілігі
Негізгі есірткі					

Басқа есірткі (1)					
Басқа есірткі (2)					

Онкологиялық пациенттерге көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Ісіктің орналасуы

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісіктің морфологиялық түрі

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісік процесінің сатысы:

TNM жүйесі бойынша сатысы:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Алыс метастаздардың орналасуы:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Процестің өрістеуі кезінде:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Диагнозды растау әдісі:

- нұсқалықты көрсету:

(C81-96) – қауіп тобы:

Осы емдеуге жатқызу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты:

Емдеу көлемі:

Толық емделмеу себебі

Емдеу түрі. Сәулемен емдеу

Сәулемен емдеу курсының басталған күні

Сәулелеу тәсілі:

Сыртқы сәулелендіру

Тіркескен сәулелендіру

Сәулелендірудің басқа түрі

Сәулелік терапия түрі:

Сәулелік терапия әдісі:

Үзіліссіз



Фракцияланған



Фракцияланған дәртүрлі емес



Сәулелік терапия

Радиомодификаторларды қолдану:

Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы: ісікке

гр., метастазаға

гр.

Сәулелік емдеудің асқынулары:

Сәулелік терапевт ID

Химиятерапиялық емдеу курсының басталған күні

Химиятерапия түрі:

Пациенттерге акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Босану орны:

Жүктілік саны №

Босандыру сипаты

Босану саны

Жүктілікті ұзу, босану немесе өлім кезіндегі жүктілік мерзімі, апта

Аборт түрлері: *хирургиялық жағдайда

Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер

Туу күні уақыты	
Бала туды	
Баланың жынысы	
айы-күні жетіп/ шала	
Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі	Бойы Салмағы Кеуде айналымы Бас айналымы
Тұқым қуалайтын патологияларға скрининг	
Аудиологиялық скрининг	Күні, нәтижесі

Офтальмологиялық скрининг	Күні, нәтижесі
Вакцинация	БЦЖ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ ИПВ (ОПВ) <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ Гепатит <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ
Шығуы	
Тууына қатысты өлім	
10-ХАЖ диагнозы Диагноз атауы	

Жаңа туған нәресте перзетханада емдеуден өтті

иә

жоқ

Қорытынды бөлім стационарлық көмек көрсетудің кез-келген жағдайында толтырылады

1. Ауруханада болуы немен аяқталды
2. Емдеу немен аяқталды:
3. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты
4. Төсек-күндер өткізілді

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болса), ID

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болса), ID

"Стационардан шыққанның статистикалық картасы" № 012/е нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін бірегей белгі))
2	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы

3	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болса)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Стационардан шыққанның
статистикалық картасына
1-қосымша парақ

Жіті коронарлық синдромы бар пациенттің картасы № картаны толтыру күні

ЖКС:

жоқ

иә

ST көтеруімен

ST көтерілуісіз

1. ST көтеруімен ЖКС орналасуы

алдыңғы

төменгі

қапталық

оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

Белгісіз

2. ST көтерусіз ЖКС Орналасуы

алдыңғы

төменгі

қапталық

оң жақ қарынша (ОҚ)

белгісіз

3. Алғашқы ЭКГ жасалған күні және уақыты

Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) уақыты (кк/аа)

Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну) (белгі картасы бойынша қабылдаған шақырту уақыты)

Медициналық персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты

Жағдай орын алған орын

үйде

жұмыста

қоғамдың орында

басқа

Келу орны:

қабылдау бөлімі

РжҚТБ/ ҚТА/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай)

зертхана (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП)

4. Қауіп факторлары

Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз

Қант диабеті

жоқ

иә (ем-дәм терапиясы, пероральды терапия, инсулин терапиясы)

белгісіз
темекі шегу

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз
Алкоголь (нашақорлық)

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз
Артық дене салмағы

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Төмен физикалық белсенділік

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Дислипидемия

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Тұқым қуалау бейімділігі

жоқ

иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Басқалар



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

5. Бұрын болған кардиалық анамнез
Басынан өткерген миокарды инфаркт



жоқ



иә

белгісіз
Жүрекшелер фибрилляциясы

жоқ

иә

белгісіз
Тұрақты стенокардия ширьққан

жоқ

иә

белгісіз
Тұрақсыз стенокардия

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

ЭКС/ИКД /СҚТ (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

Жүрек қақпашаларының аурулары

жоқ

иә

белгісіз
Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз
Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі

жоқ

иә (NYNA бойынша ФК)

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

6. Ілеспелі кардиалық емес патология
МҚЖБ (ОНМК)

жоқ

иә (

1-геморрагиялық инсульт,

2- ми инфаркті,

3-транзиторлық ишемиялық өршу)

белгісіз

Бүйректің созылмалы ауруы (БСА)

жоқ

иә

белгісіз

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

жоқ

иә

белгісіз

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

жоқ

иә

белгісіз

АГЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

жоқ

иә

белгісіз
ӨСОА

жоқ

иә

белгісіз
Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

жоқ

иә

белгісіз
Отбасы анамнез

жоқ



иә



белгісіз

7. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі

Белгілері:

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну



жоқ



иә



белгісіз

Ентігу



жоқ



иә



белгісіз

Жүректің тоқтауы



жоқ

иә

белгісіз
Талу

жоқ

иә

белгісіз
Қысымының төмендеуі

жоқ

иә

белгісіз
Әлсіздік

жоқ

иә

белгісіз

Басқа симптомдар

жоқ

иә

белгісіз

Симптомсыз ағым

жоқ

иә

белгісіз

8.Физикалық деректері (түсу кезінде)

ЖЖЖ

минутына соғу

Систолалық АҚ

мм. сын. бағ. диастолалық

орта АҚ

мм.сын.бағ.

9. Жүректің жеткіліксіздігі (ЖЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

I,

II,

III,

IV

белгісіз

Қан талдамасы (түскен кезде)

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде)

жоқ

иә

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына)

МВ-КФК

жоқ

иә

d - димер

жоқ

иә
BNP/pro BNP

жоқ

иә
Гемоглобин

жоқ

иә
Гематокрит

жоқ

иә
Тромбоцит

жоқ

иә

Глюкоза

жоқ

иә

Липидты спектр

жоқ

иә, ТТЛП

жоқ

иә, ЖТЛП

жоқ

иә, ТГ

жоқ

иә)
Креатинин

жоқ

иә мкмоль/л
Креатининнің шумақшалық сүзілу жылдамдығы _____ (автоматты есептеу)
Калий

жоқ

иә
Магний

жоқ

иә
Кальций

жоқ

иә
10. Аспаптық зерттеу әдістері

ЭКГ (түскен кезде/ динамикада)

жоқ

иә

Бірғақ (Ритм)

синустық

жүрекшелер фибрилляциясы

электрокардиостимулятор ырғағы (ЭКС)

басқа

белгісіз

QRS

қалыпты

Гис шоғыры солжақ аяқшасының блокадасы (ШСАБ)

Гис шоғыры оңжақ аяқшасының блокадасы (ШОАБ)

басқа

белгісіз
ST T

ST сегментін көтерумен

ST сегменті көтерусіз

T тетігінің инверсиясы

қалыпты ЭКГ

басқа

белгісіз
ЭхоКГ (түсу кезінде)

жоқ

иә;

N (>50%)Симпсон бойынша сол жақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

болмашы төмендеу (41-50%)

қалыпты төмендеу (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (<30%)

Сол жақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы:

жоқ

иә (

гипокинезия,

-акинезия)

КТ

жоқ

иә

МРТ

жоқ

иә

11. Қауіп шкалалары:

GRACE ишемия қаупінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты)

жоқ

иә

Клиникалық себептері		Баллдар
Жасы (жас)	<30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	>90	100
	<50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15

Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)	110-149	24
	150-199	38
	>200	46
Систолалық артериялық қысым (мм. сын. бағ.)	<80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
>200	0	
Сарысу креатининің деңгейі (мкмоль/л)	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	10
	141-176	13
	177-353	21
	>354	28
Жүректің жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)	Иә	39
ST сегментінің девиациясы	Иә	28
Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы	Иә	14

Баллдар саны

GRACE <http://www.outcomes.org/grace> электрондық калькулятор

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

Баллдардың жалпы саны



Жоғары >140 балл



Орташа 109 – 140 балл



Төмен <108 балл

Пациенттердің қаупін клиникалық бағалау
ST ЖКС бар пациенттер қаупінің стратификациясы:

- жоқ
- иә
Өте жоғары қауіп өлшемшарттары
- жоқ
- иә
- гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок
- Кеудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты
- Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы
- МИ механикалық асқынулары
- Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі

ST сегментінің немесе T ирегiнiң қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен

Жоғары қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі

ST сегментінің немесе T ирегiнiң динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық)

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140

Аралық қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

Қант диабеті

Бүйректің жеткіліксіздігі (ШСЖ < 60 мл/мин/1,73 м2)

Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты

ОҚ ШФ <40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі

Ерте инфаркттен кейінгі стенокардия

Жақында өткізілген ТКА

Бұрын жасалған АКШ

GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және
Төмен қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ, өзгеріссіз. ЭКГ, тропонинденгейі жоғарламаған)

13. CRUSADE қан кету қауіп шкаласы

Көрсеткіш (предиктор)	Мағыналар интервалы	Баллдар
Бастапқы гематокрит (%)	<31	9
	31-33.9	7
	34-36.9	3
	37-39.9	2
	≥ 40	0
Креатинин клиренсі *	≤ 15	39
	>15-30	35
	>30-60	28
	>60-90	17
	>90-120	7
	>120	0
Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)	≤ 70	0
	71-80	1
	81-90	3
	91-100	6
	101-110	8
	111-120	10
	≥ 121	11
Жынысы	Ер	0
	Әйел	8

CRUSADE электрондық калькуляторы: <http://www.crusadebleedingscore.org/>

Баллдардың жалпы саны

CRUSADE қан кету қауіп

жоқ

иә

12. Тромботикалық асқынулар қауіпін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы (Жүрекшелер фибрилляциясы кезінде)

Баллдардың жалпы саны:

(баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қауіп бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет))

13. Емдеу

Атауы	Түскенге дейін қабылдады	Стационарда тағайындалды және қабылдады	
		Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі (24 сағатқа дейін)	24 сағаттан кеш
	<input type="checkbox"/>		

Ацетилсалицил қышқылы	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Тикагрелор	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
*Тромбоциттердің гликопротеин ІІb/ІІа рецепторларының ингибиторлары	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ФЕГ (гепарин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Фонда паринукс	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ТМГ (эноксапарин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
*Бивалирудин (тек анамнезінде гепарининдукцияланған тромбоцитопения бар болған кезде)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

β-блокаторлары ампулалардағы метопролол)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
β-блокаторлары ампуладағы метопропол)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Нитроглицерин таблеткалар* ампулалар, аэрозоль)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Аз уақыт әсер ететін нитраттар мононитраттар)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Аз уақыт әсер ететін ААФИ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз <input type="checkbox"/> басқа	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Статиндер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Иә

	<input type="checkbox"/> Белгісіз	Белгісіз	<input type="checkbox"/> Белгісіз
Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардығы Диазепам)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Ca антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Амиодарон	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Басқа антиаритмиктер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инсулин	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қант деңгейін түсіретін препараттар	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар**	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Альдостерон антагонисттері (<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Иә	<input type="checkbox"/> Иә

Спиронолактон эклеренон	/* Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Белгісіз
Диуретиктер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инотроптар (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Дигоксин	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Кардиоверсия дефибриляция	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жок (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> И ә (д а) Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриаортальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> Баска <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> И ә (д а) Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриаортальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> Баска <input type="checkbox"/> Белгісіз
Дене қызуы төмендеуі	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жок (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
	<input type="checkbox"/>		

ӨЖЖ	Иә	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Жок	<input type="checkbox"/>	Иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	<input type="checkbox"/>
	Белгісіз		Белгісіз

* Препараттардың патенттелмеген атауы

** CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

*** HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Әріп	Клиникалық сипаттамасы	Баллдар
H	Гипертензия	1
A	Бүйрек функциясының бұзылуы және (әрбіріне 1 балл)	1+1
S	Ми инфаркты	1
V	Қан кету	1
L	Тұрақсыз МНО	1
E	Егде жас (>66 лет)	1
D	Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)	1+1
Баллдардың ең жоғары саны		9

Баллдардың жалпы саны: (3 және одан жоғары баллдардың қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау қажет))

14. Тромболитикалық терапия

Жоқ

Тромболитикалық терапияны жасамау себептері

кеш жүгіну (12 сағаттан артық)

қарсы көрсетілімдер

абсолютты,

салыстырмалы

ЭКГ өлшемшарттары жоқ

бастапқы ТКА

Иә,

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (күні/айы/).

тромболизистік терапия өткізу уақытының соңы (күні/айы/).

15. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі

Емдеуге жатқызуға дейін

Емдеуге жатқызу

қабылдау бөлімі

ҚТП/ ҚТА

басқасы

тиімсіз

тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар)

16. Препарат

а) препарат түрі:

фибринге тән

фибринге тән емес

б) препарат атауы:

актилизе

тенектеплаза

ретеплаза

басқа

в) дозасы

толық доза

жарты доза

Тромболизис асқынуының болуы



жоқ



иә

Коронароангиография



жоқ



иә

Күні

Қызмет кодының атауы



Жоқ



Белгісіз

Тамырлы қолжетімдік:



радиалды



сан

Қалыпты КАГ:



жоқ

иә

Егер жоқ болса:

СКА дінгегі

АТА

УЗ

ОКА

Шунт

Басқа (др.)

окклюзия

стеноз \geq 50%

стеноз $<$ 50%

коронароспаз

м

инфарктқа

тәуелді

артерия

Интакты

Көп тамырлы зақымдану

0,

1

2,

3 және жоғары

белгісіз

ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қанағым:

0

1

2

3

Реваскуляризация әдісін таңдау (қажет болған жағдайда)
Syntax шкаласы

жоқ

иә

баллдардың жалпы саны (общее количество баллов)
"Жүрек тобы" консилиумды таңдау

жоқ

иә

Теріастылық коронарлық араласу
Операция кодының атауы
Баллонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты

ST көтеруімен ЖКС:

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.)

Сәтсіз тромболизистен кейін кезек күттірмейтін ТАК

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында)

Реперфузиялық емсіз

ST көтерусіз ЖКС:

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ)

Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл)

Кеш инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл)

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде)

	СКА дiңгегi	АТА	УЗ	ОКА	Шунт	Басқа
Жабыны бар стент						
Жабыны жоқ стент						
Тромбаспирациясы						
Текбаллдық ангиопластика						
Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу						
ТІМІ-ІІІ ІЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3

Стент ішіндегі рестеноз

жоқ

иә

Бифуркацияларды тарту

жоқ

иә

Тромбозэктомиялық құрылғыларды қолдану

жоқ

иә

Белгісіз

17. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар

Жоқ

Иә

стенд тромбозы

операция алдыңғы МИ

қан кету

ми инсульты



индукцияланған нефропатия контрастысы



сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома



белгісіз



өлім



Белгісіз
Сәтті ТАА:



жоқ



иә



Белгісіз
Толық ревазуляризация:



жоқ



иә

Белгісіз
стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық:

жоқ

иә

Белгісіз
Аорталық-коронарлық шунттеу

жоқ

иә

Белгісіз
Операция кодының атауы

Жоқ

Иә АКШ бастау күні

ШҰҒЫЛ

ауру басталғаннан кейін 4-6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Шунттер:

вена

ЛГА

ПГА

басқа

Операциямен байланысты асқынулар:

операциядан кейінгі МИ

неврологиялық тапшылық

- қан кету
 - жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы
 - медиастенит
 - төссүйек тұрақсыздығы
 - басқалар
- Электрокардиостимуляторды имплантантау (имплантация электрокардиостимулятора)
- жоқ
 - иә
 - Белгісіз
 - Шұғыл
 - Жоспарлы

Операция кодының атауы

Уақытша ЭКС

Бір камералық

Екі камералық

Тұрақты ЭКС

Бір камералық

Екі камералық

басқа

Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

операция кодының атауы

Кардиоресинхрондаушы құрылғыны (СРТИ) имплантациялау

жоқ

иә

Операция кодының атауы

Басқа операциялар:

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы

Операция кодының атауы

18. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар
Killip бойынша СН классы

I

II

III

IV

белгісіз

жоқ

Қайталанған МИ

иә

Белгісіз

жоқ

ЖФ (алғашқы рет болған)

иә

Белгісіз

жоқ

ФЖ

иә

Белгісіз

жоқ

АВ блокада II-III дәр

иә

	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Механикалық асқынулар *	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Инсульт	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Қан кету	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Қан трансфузиясы	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Төмен гемоглобин	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
БЖЖ (қарама-қарсы индукцияланған) нефропатия)	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Басқалар	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз

19. МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар

жоқ

иә

Күні

Операция кодының атауы

20. Шығару кезіндегі зерттеулер

Шығару кезіндегі ЭКГ

синусты

ЖФ

ST көтеруімен жаңа МИ

өзгеріс жоқ

Шығару кезінде ЭХОКГ

N Симпсоны бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

болмашы төмендеу (41-50%)

калыпты төмендеу (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (<30%)

солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы

I

II

III

IV

белгісіз

Шығару кезіндегі стресс тест:

Жоқ

Иә (

стресс-ЭКГ (ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Тест нәтижесі теріс

Тест нәтижесі оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы)
Басқа диагностикалық зерттеулер

жоқ

иә

қаупі төмен көтерусіз ЖКС кезінде

МРТ

басқа

21. Қорытынды диагноз

Диагноз, Инфаркт түрі коды

22.Қорытынды клиникалық диагноз

	Диагнозы	код	Инфаркт түрі
Қорытынды клиникалық диагноз	код. код.	1.	
		2.	
Асқынулар *	код. код.		
Ілеспелі ауру 1	код. код.		
Ілеспелі ауру 2	код. код.		

*Жүректің созылмалы жетіспеушілігі ЖСЖ (NYNA бойынша функционалдық класы) болған жағдайда

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы:

ST көтерумен МИ (трансмуральды)

үзілген ИМ

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды)

басқа аурулар:

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ)

Қолқаның қабатталған аневризмасы

Такотсубо кардиомиопатиясы

Миокардит

басқа диагноздар

Стационардан шыққанның
статистикалық картасына
2-қосымша парақ

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы № картаны толтыру күні

ишемиялық

геморрагиялық

транзиторлық ишемиялық өршу
пациент Д-есебінде тұрады ма

жоқ

иә

белгісіз

Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма

жоқ

иә

белгісіз

антикоагулянтты терапия

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

антиагрегантты терапия

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз
статиндер

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз
Ишемиялық инсульттың кіші түрі:

атеротромбдық

артерио-артериялық эмболиялар

ми тамырларының тромбоздары

кардиоэмболикалық

гемодинамикалық

қуыстық

гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша

Индекстік жағдайға байланысты МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты:

Жағдай орын алған орын:

үйде

жұмыста

қоғамдың орында

басқа

Қауіп факторлары

Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз

Қант диабеті

жоқ

иә

белгісіз

Қан аурулары

жоқ

иә

белгісіз

Негізгі тамырлардың тарылу өзгерістері

жоқ

иә

белгісіз
Темекі шегу

жоқ

иә

белгісіз
Алкоголь

жоқ

иә

белгісіз
Артық дене салмағы

жоқ

иә

белгісіз
Дислипидемия

жоқ

иә

белгісіз
Тұқым қуалау бейімділігі

жоқ

иә

белгісіз
Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары

жоқ

иә

белгісіз
Гормон алмастыру терапиясы

жоқ

иә

белгісіз
Жүктілік

жоқ

иә

белгісіз
Контрацептивтер

жоқ

иә

белгісіз
Басқалар
Бұрын болған жүрек-тамырлары анамнезі
Бұрын болған инсульт диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Басынан өткерген миокард инфаркты

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің ишемиялық ауруы

жоқ

иә

белгісіз
АКШ/ТКА

жоқ

иә

белгісіз
АКШ/ТКА

жоқ

иә

белгісіз
ЭКС/КДИ

жоқ

иә

белгісіз

Жүрек қақпақшаларының ауруы

жоқ

иә

белгісіз

Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі

жоқ

Иә (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

Жүрекшелер фибрилляциясы

жоқ

иә

белгісіз

Жыпылықтау аритмиясы

жоқ

иә

белгісіз

Түсу кезіндегі Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі. Балл:

15 баллдан бастап– есі айқын

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру

8-ден – 9-ға дейін сопор

6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома

4-тен – 5-ке дейін терең кома

3-тен – терминалды кома

NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау:

ең төменгі тапшылық



орташа тапшылық



ауыр тапшылық



өте ауыр тапшылық
NIHSS шкаласы бойынша баллды көрсету
Рэнкин шкаласы



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы



3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері болуы



4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы



5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері
Бір жұтым суды кедергісіз ішеді:



жоқ



иә

Компьютерлік Томография жасалынды ма? (КТ):

жоқ

иә; күні

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт:

жоқ

иә

б) ағымдағы жағдайдағы қан кету:

жоқ

иә (да),

қан кету сипаттамасын анықтаңыз:

субарахноидальдық

паренхиматозды

ми дiңгегi

вентрикулярлы

субтенториальды
КТА жасалынды ма?

жоқ

иә
Аневризма

жоқ

иә
АВМ

жоқ

иә
Тамырлар стенозы

жоқ

иә
Тамырлар окклюзиясы

жоқ

иә
МРТ жасалынды ма?

жоқ

иә Күні
инфаркт

жоқ

иә қан кету

жоқ

иә аневризма

жоқ

иә АВМ

жоқ

иә
тамыр стенозы

жоқ

иә
тамыр тромбозы

жоқ

иә
Дәрілік терапия
Тромболиттік терапия

жоқ

иә

Гипотензивті терапия

жоқ

иә

Антиагрегантты терапия

жоқ

иә

Антикоагулянтты терапия

жоқ

иә

Статиндер

жоқ

иә

Оналтудың жеке бағдарламасының картасы бар ма?

жоқ

иә

Қай МДК мамандарының консультациясы жасалынды?

невролог

нейрохирург

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

ине рефлексотерапевт

кинезиотерапевт

Пациенттің оңалтудың жеке бағдарламасында қандай негізгі іс-шаралар жасалынды ?



бағдарланған



кезең-кезеңмен сатылы



жеке ЕФК

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде логопедпен емдеу іс шаралар жасалынды ма?



тек диагностика жасалынды



сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар
Қозғалыс бұзылыстары кезінде емдеу іс шаралар жасалынды ма?



өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар



жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс істету



биобасқару,



физиотерапия

Оңалту әлеуетін айқындау



қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)

қолайсыз (үйде күтім жасау)

Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер:

а) Бартель индексі баллды көрсету

Жоқ

Иә қорытынды

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау

б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-сызбасы (ПЖМИ) Mini-Mental State Examination (MMSE)

Жоқ

Иә қорытынды

когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ

деменция алдыңғы когнитивті бұзылулар

сипаты жеңіл дәрежедегі деменция

сипаты қалыпты деңгейдегі деменция

ауыр деменция

в) Ривермид күнделікті өмірде мобильдік шкалдары, баллды көрсету

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)
г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Жоқ

Иә қорытынды
Баллды көрсету

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы

3-дәреже – мүгедектіктің әлсіз көрінетін белгілері

4-дәреже – мүгедектіктің айқын көрінетін белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері
Жүйелі тромболитикалық терапия жасалынды ма?

Жоқ, тромболикалық терапия жүргізілмеу себептері

Иә, терапияны бастау күні және уақыты. Қандай доза жасалынды?

доза

Тромболизистен кейін асқынуларының болуы

жоқ

иә, түрін көрсету қажет

Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау

NIHSS шкаласы бойынша балл

Тромболизис жасағаннан кейін 7-ші күннен кейін жай-күйді бағалау

NIHSS шкаласы бойынша балл

Механикалық тромбэкстракция жасалды ма?

жоқ

иә

терапияны бастау күні мен уақыты

терапияны аяқтау күні мен уақыты

Нейрохирургиялық операция атауының коды

Операция коды

Жоқ

Иә күні (кк/мм)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Операциямен байланысты асқынулар:

атау коды

а) NIHSS шкаласы бойынша операциядан кейін неврологиялық тапшылықты бағалау, балл

0-3- ең төменгі тапшылық

4-10: орташа тапшылық

10-21: ауыр тапшылық

>21: өте ауыр тапшылық

б) Бартель индексі баллды көрсету

Жоқ

Иә

қорытынды

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау

в) Ривермид күнделікті өмірде мобильдік шкалдары, баллды көрсету

жоқ

иә қорытынды

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)



6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)



11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету балл



жоқ



иә қорытынды



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы



3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері



4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы



5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Нейрореанимацияда болды (ҚТП/ҚТА):



жоқ,



иә күн саны

Бұйрыққа
3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
2-қосымша

Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары 20 ____ жылғы " ____ " _____ № " Медициналық-әлеуметтік сараптамаға қорытынды" № 031/е нысаны

1. ЖСН _____

2. Тегі _____

3. Аты _____

4. Әкесінің аты (бар болса) _____

5. Туған күні ____ жылғы " ____ " _____

6. Жынысы ер әйел

7. Азаматтығы (елдердің анықтамалығы) _____

8. қала ауыл тұрғыны

9. Тұрақты тұрғылықты жері бойынша тіркеу мекенжайы _____

10. Нақты тұрғылықты жердің мекенжайы _____

11. Қуәландыру кезінде адамның тұрғылықты жері/болатын жері (көшпелі отырыстарда немесе сырттай мемлекеттік қызметтерді көрсету үшін өрістердің біреуін таңдау):

балалар үйінде, интернатта, балаларға арналған мамандандырылған ұйымдарда әлеуметтік қорғау медициналық -әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде үйде стационарда сырттай

12. БХТ бойынша медициналық ұйымға тіркелу:

13. Тіркелген күні 20 ____ жылғы _____.

Медициналық ұйымның атауы _____

14. Пациенттің немесе заңды өкілінің ұялы телефон нөмірі (МАБ тіркелген) +7(***)
(*****)

15. Заңды өкілдің (ата -анасының, қамқоршысының, жетекшісінің) деректері:

ЖСН _____

Тегі _____

Аты _____

—
Әкесінің аты (бар болса) _____

16. Жіберген медициналық ұйымның атауы (МҰ тіркелімінен) _____

—
17. МҰ мекенжайы _____

18. Қайта куәландыруға/мерзімінен бұрын қайта куәландыруға жіберілген кезде (жолдың біреуін таңдау):

топ екінші топ үшінші топ мүгедек бала бірінші топтағы мүгедек бала екінші топтағы мүгедек бала үшінші топтағы мүгедек бала мүгедектік анықталмаған

19. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұрын белгіленген жағдайда) _____
%

20. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұрын белгіленген жағдайда) _____
%

21. Жұмыс орны (жұмыс істейтін адамдар үшін) _____

—
22. Лауазымы _____

—
23. Негізгі кәсібі _____

24. Оқу орны (оқушылар мен студенттер үшін) _____

—
25. Курс/сынып _____

—
26. Мектепке дейінгі мекеме _____

—
27. Медициналық ұйымның бақылауына алынған (күні) _____

—
28. Клиникалық және еңбек тарихы, диагностика, емдеу шаралары

29. Аурудың анамнезі: қай жастан бастап ауырады, ағымының ерекшеліктері мен сипаты, өршу жиілігі, соңғы өршу күні, қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан емдеу, емдеу (оның ішінде рецидивке қарсы), тиімділік (антропометриялық, гематологиялық көрсеткіштердің динамикасы, функционалдық үлгілер, соматикалық мәртебедегі өзгерістер, емдеу және медициналық оналту нәтижелерін жалпы бағалау) _____

30. Пациент диспансерлік тіркеуде тұра ма жоқ, егер тұрса (диспансерлік есеп бойынша барлық диагнозын көрсету):

Диагноз (АХЖ-10) коды) _____ Диспансерлік есепке алынған күн _____
Диспансерлік есептен шығарылған күн _____

31. Жарақат болған кезде: жарақаттың түрі (өрістердің біреуін таңдау): тұрмыстық өндірістік көшедегі (жол-көлікті қоспағанда) жол-көлік мектептегі спорттық басқалар

жарақатты алған күні _____

жарақат алған жер мен жағдайлар (нақты көрсетіңіз) _____

32. 031/е нысанын толтыру кезіндегі физиологиялық өлшемдер:

АҚ/Қ _____ миллиметр сынап бағанасы ЖЖЖ _____ минут Пульс _____ минут
ТАЖ _____ минут Дене қызуы _____ Бойы _____ сантиметр Салмағы _____ килограмм
Жамбас көлемі _____ сантиметр Бел көлемі _____ сантиметр

33. Еңбек жағдайының өзгеруі _____

34. Еңбекке уақытша жарамсыздық (соңғы 12 айдағы ақпарат)

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы №	20__ жылғы __ __ __ бастап	20__ жылғы __ __ __ дейін	Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны	АХЖ-10 бойынша коды
			Барлық күні	

35. Оңалту іс-шараларының жоспары:

- медициналық оңалту бойынша шаралар
- протездік-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету
- сурдотехникалық құралдармен қамтамасыз ету
- тифлотехникалық құралдармен қамтамасыз ету
- арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету
- міндетті гигиеналық құралдармен қамтамасыз ету
- жеке көмекші қызметтерін көрсету
- ымдау тілі маманы қызметтерін көрсету
- санаторийлік-курорттық емдеу
- арнайы әлеуметтік қызмет көрсету
- жұмысқа орналасуға жәрдемдесу
- оқытуға/қайта даярлауға көмек көрсету.

36. Шағымдарды, ағза функциясының бұзылу дәрежесін көрсететін объективті зерттеп-қарау деректерін, диагноздар мен ұсынымдарды көрсете отырып, мамандар консультацияларының нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Қызмет атауын _____

Жүргізу күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____
_____ көрсете отырып қоса беріледі.

37. Клиникалық, зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулердің нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Қызмет атауын _____

Жүргізу күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____
_____ көрсете отырып қоса беріледі

38. Пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерулерді көрсете отырып, аурудың бейініне байланысты стационарлық, стационарлық алмастыру емінің оңалту орталықтарында емдеудің емделген жағдайлары (жағдайлары) туралы нәтижелер; емдеу кезінде пайда болатын асқынулар; зертханалық зерттеулер, консультациялар нәтижелерін қорытындылау; оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағытының шкаласын ескере отырып ұсынымдар. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Сырқатнамадан үзіндінің нөмірін _____

Түскен күнін _____

Шыққан күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____
_____ көрсете отырып қоса беріледі.

39. Жедел/ кезек күттірмейтін медициналық көмекті шақырған пациентке белсенді бару нәтижелері. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Белсенді түрде барған күндерін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____

_____ көрсете отырып қоса беріледі.

40. МӘС-ке жіберілген кезде клиникалық-функционалдық диагноз:

41. Негізгі диагноз (АХЖ-10 коды) _____

Негізгі диагноз (мәтін) _____

42. Асқыну (АХЖ-10 коды) (бар асқынуларды көрсету) _____

Асқыну (мәтін) (бар асқынуларды көрсету): _____

43. Қосымша аурулар диагнозы (АХЖ-10 коды): _____

Қосымша аурудың диагнозы (мәтін) _____

44. МӘС-ке жіберу мақсаты – "Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындау" мемлекеттік қызмет көрсету.

45. Расталған: Т.А.Ә. (бар болса) және Дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ

46. 031/е нысанын толтырған емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса) _____

47. QR код (жылдам әрекет ету коды)

48. Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтауға және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын анықтауға қажет пациенттің заңмен қорғалатын құпиясын құрайтын жеке деректер мен ақпаратты жинауға, өңдеуге және беруге келісім (мемлекеттік қызмет көшпелі отырыста немесе сырттай көрсету жағдайында):

ия

Пациенттен немесе заңды өкілінен жауап алынған күн: 20 ____ жылғы " ____ " _____

____ Пациенттен немесе заңды өкілінен алынған жауап _____

Жіберушінің ұялы телефон нөмірі: +7 (***) (*****)

20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ № 031/е нысанына 20 ____ жылғы " ____

" _____ № ____ МӘС сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама

1. МҰ атауы (жіберген) (МҰ тіркелімінен) _____

2. Сараптамалық қорытындыны шығарылған күні 20 ____ жылғы _____

3. ЖСН _____

4. Тегі _____

5. Аты _____
6. Әкесінің аты (бар болса) _____
7. Туған күні _____ жылғы _____
8. Клиникалық-сараптамалық диагноз: _____

Негізгі диагноз (атауы, АХЖ-10 коды) _____

Қосымша диагнозы (атауы, АХЖ-10 коды) _____

9. МӘС сараптамалық қорытынды:

мүгедектік тобы _____

мүгедектік себебі _____

мүгедектік мерзімі _____

мерзімі _____ 20__ жылдан бастап ескерілген

қайта куәландыру күні 20__ жылғы _____

10. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (ЖЕҚА) _____ %

ЖЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

11. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (ҚЕҚА) _____ %

ҚЕҚА себебі _____

ҚЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

ҚЕҚА дәрежесінің қайта куәландыру күні 20__ жылғы _____

12. № _____ мүгедекке ОЖБ-нің әлеуметтік және (немесе) кәсіптік бөлігіндегі ұсыныстар

әлеуметтік оңалту бойынша _____

кәсіби оңалту бойынша _____

13. Құжаттарды қайтару негіздемесі және себептерін

көрсету _____

14. Медициналық-әлеуметтік сараптама актінің № _____

15. МӘС/МӘС ӘБ бөлімінің басшысының ЭЦҚ-мен куәландырылды _____

1-ескертпе. МӘС бойынша қорытынды электронды түрде толтырылады және ДКК-ның төрағасының ЭЦҚ-мен қолы қойылады.

2-Ескертпе. МСЭ сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама электронды түрде толтырылады және ЭЦҚ-мен қол қойылады.

Қысқартылған сөздер:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін бірегей белгі))
---	----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2	БХТ	Бекітілген халық тіркелімі
3	МАБ	Мобилдік адамдар базасы
4	АҚҚ	Артериялық қан қысымы
5	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жиілігі
6	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
7	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	ОЖБ	Оңалтудың жеке бағдарламасы
10	МӘС	Медициналық-әлеуметтік сараптама
11	МО	Медициналық ұйым
12	МӘС бөлімі	Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі
13	МӘС ӘБ бөлімі	МӘС әдіснама және бақылау бөлімінде
14	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
15	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
16	ЖЕҚА	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу
17	КЕҚА	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу
18	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі

Бұйрыққа
4-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
2-қосымша

Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары 20__ жылғы "___" _____ № _____ " Мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі" № 033/е нысаны

1. ЖСН _____
2. Тегі _____
3. Аты _____
4. Әкесінің аты (бар болса) _____
5. Туған күні ____ жылғы "___" _____
6. Тіркелген мекенжайы _____
7. Телефон _____
8. Білімі _____

9. Жұмыс/ оқу /мектепке дейінгі мекеме орны _____

10. Мүгедектік тобы _____

11. ОЖБ әзірленген: бірінші рет ; қайта

12. Оңалту диагнозы (АХЖ-10) _____

13. Неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейінді, оңалту болжамы мен халықаралық өлшемшарттарға сәйкес оңалту әлеуеті бар пациенттер үшін) (балмен)

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалту бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалтуға дейін (балмен)		Оңалтуға дейін (балмен)	
	ХҚЖ b өлшемшарт коды	ХҚЖ d өлшемшарт коды	ХҚЖ b өлшемшарт коды	ХҚЖ d өлшемшарт коды

14. Басқа бейіндегі пациенттер үшін, оңалту болжамы және оңалту әлеуеті

Бейіннің атауы (пациентті оңалту барлық бейіндерін көрсетіңіз)	Болжам *	Әлеует **
----------------------------------------------------------------	----------	-----------

*- мәнді таңдау: қолайлы, салыстырмалы түрде қолайлы, күмәнді, қолайсыз

** - мәнді таңдаңыз: жоғары, орташа, төмен, жоқ

15. Медициналық оңалту кезеңі:

Бейіннің атауы (пациентті оңалту барлық бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалту кезеңінің нөмірі	Жүргізу деңгейі (амбулаториялық, стационарлық)
----------------------------------------------------------------	-------------------------	------------------------------------------------

16. Жүргізілген және жоспарланған медициналық оңалту шаралары

Оңалту түрі***	Жүргізілген күні	Жүргізілген іс-шаралардың атауы	Ескертпе	Көрсетілген жоспарланған іс-шаралардың жиілігі мен ұзақтығы
----------------	------------------	---------------------------------	----------	-------------------------------------------------------------

*** - мәнді таңдау: физикалық оңалту, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, әлеуметтік қызметкерлердің консультациясы, пациенттерді оқыту, реконструктивті хирургия, күндізгі стационарларда, тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларда, оңалту орталықтарында, үй стационарларындағы оңалту, санаторийлік-курорттық емдеу, қосымша қызметтер

17. Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (өрістердің бірін таңдаңыз):

бұзылған функцияларды толық қалпына келтіру

бұзылған функцияларды жартылай қалпына келтіру

бұзылған функцияларды толық өтеу

бұзылған функцияларды жартылай өтеу

оң нәтиженің болмауы

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электронды түрде толтырылады. ОЖБ медициналық бөліміне ақпараттық жүйе автоматтандырылған түрде шығарылатын бірегей нөмір беріледі.

Қысқартылған сөздер тізімі:

№	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін бірегей белгі))
1	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	ОЖБ	Оңалтудың жеке бағдарламасы
4	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
5	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі
6	ХҚЖ	Халықаралық қызмет етуінің жіктемесі
7	МКФ b	Пациент ағзасының функциялары
8	МКФ d	Белсенділік пен өзін-өзі қамтамасыз етуге қатысу

Бұйрыққа
5-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
2-қосымша

Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары "Медициналық туу туралы куәлік № ___ (тіркелетін ұйымдарда ұсынуға беріледі)" № 041/е нысаны Беру күні "___" _____ 20__ ж.

1 ЖСН

2 Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес, олар болмаған жағдайда – деректер анасының сөздері бойынша толтырылады)

3 Мекенжайы (анасының тұрақты тұру орны)

4 Анасының туған күні

5 Анасының ұлты

6 Анасының отбасылық жағдайы

7 Анасының білімі

8 Босану күні мен уақыты

9 Босану орны

10 Баланың жынысы

10-1. Сәби дүниеге келді: бір ұрықтан туғанда - 1, егіздердің біріншісінен - 2, егіздердің екіншісінен - 3, басқа бірнеше рет туылғаннан - 4

10-2. Сәби дүниеге келді: толық мерзімді - 1, шала туған - 2, мерзімі өтіп туған - 3

10-3. Сәбидің туылған кездегі салмағы мен бойы

10-4. Анасының несінші туылған баласы (тірі туылу кезегі)

11. Дәрігердің (орта медицина қызметкерінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Медициналық ұйымның немесе жеке медициналық тәжірибемен айналысатын жеке тұлғаның идентификаторы _____

Ата-анасына анықтама үшін:

Қазақстан Республикасының "Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы" Кодексінің 189-бабына сәйкес баланы тіркеу органдарында тіркеу қажет. Баланың туу туралы өтініш баланың туылған күнінен бастап екі айдан кешіктірілмей жасалу керек.

Бұйрыққа

6-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің

міндетін атқарушының

2020 жылғы 30 қазандағы

№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына

3-қосымша

Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары "Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысаны № _____

Жалпы бөлім:

Төлқұжат деректері

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болса)

3. Туған күні/айы/жылы

4. Жынысы

ер

әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Азаматтығы

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс орны/оқу орны/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Келу себебі

Минималды медициналық деректер:

1. Қан тобы резус-фактор

2. Аллергиялық реакциялар. Код атауы

3. Пациенттің физиологиялық жай-күйі (жүктілік)

4. Жана туған нәрестелерді тұқым қуалайтын ауруларға скрининг (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні мен нәтижесі

5. Зиянды әдеттер мен денсаулығы үшін тәуекелдер (бар болса)

6. Профилактикалық шаралар, оның ішінде профилактикалық екпелер

7. Аурулар тарихы мен бұзылыстары

8. Денсаулығына байланысты ағымдағы проблемалар тізімі

9. Динамикалық байқау

10. Мүгедектік тобы

11. Қазіргі уақытта қабылдайтын дәрілік препараттар тізімі

12. Антропометриялық деректері

13. Құлау қаупін бағалау

14. Ауырсынуды бағалау

15. Байланыс менеджменті (қарым-қатынас тілі, тұрғын-тұрмыстық жағдайлары)

16. Пациенттің нұсқамалығы

Дәрігердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болса)

Мейіргердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болса)

МСАК ұйымдарда отбасы мен жеке жұмыс жоспары

Учаске № _____

Ұйым:

___ бала және отбасы туралы Отбасымен жұмыс істейтін
ақпаратты жіберген орта әлеуметтік қызметкерлердің ТАӘ (
медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болса) _____
бар болса) _____

Жоспарды іске Жоспарды іске

асыру бойынша асыру бойынша Отбасының тұрғылықты мекенжайы:

басталу күні: аяқталу күні:

Баланың жеке деректері (балалар):

Баланың есімі	Баланың тегі	Туған күні (немесе күтілетін туған күні)	Жынысы (√)
		Ә□	Е □
		Ә□	Е □
		Ә□	Е □

Отбасын дамытуды жоспарлау процесіне тартылған балаларды қоса алғанда, (ата-аналар/қамқоршылар, туыстар, басқа да отбасы мүшелері) отбасы мүшелері:

Т.А.Ә. (бар болса)	Балаға кім болып келеді	Байланыс деректері:
--------------------	-------------------------	---------------------

1
2
3

Отбасын дамытуды жоспарлау процесіне тартылған мемлекеттік органдардың, ҮЕҰ, жергілікті әлеуметтік қызметтердің өкілдері:

Т.А.Ә. (бар болса)	Ұйым	Байланыс деректері:
--------------------	------	---------------------

1 Т.А.Ә. (бар болса)	МҰ тіркелімінен
----------------------	-----------------

2
3

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
1-қосымша парақ

Жаңа туған нәрестенің (сәбидің) үйдегі патронажы* Педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес жаңа туған нәрестенің 1-айында 7 күнде 1 рет, айдан соң айына 1 рет

Жаңа туған нәрестені қарап-тексеру міндеттері:

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуге көз жеткізу
2. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру
3. Бойы мен дамуын бағалау
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

Қарап-тексеру күні

Жасы:

Температурасы

Туғандағы:

Дене салмағы: кг

Бойы см

ДСИ

Басының айналымы

см

Анасының шағымдары:

Қауіптің себебін бағалаңыз

Анамнез

Ауыр анамнез:



Иә



Жоқ

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы);

Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет): іздеу; ему; ұстау; Моро; автоматтандырылған жүру;

Бетін қарап-тескеру: (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы)

Тері: (қалыпта, қызғылт немесе қарқынды қызғылт)

Ауыз қуысының шырышы _____ конъюнктивалар _____

Бұлшық ет тонусы _____ (қалыпта аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып")

Көрінетін туа біткен ақаулары

Сүйек жүйесі _____

— Бас пішіні _____ жігі _____

— Үлкен еңбегі _____
кіші еңбегі _____

Буынды бағалаңыз: _____ қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру

Тыныс алу ағзалары: _____

Тыныс алу жиілігі (ТЖ) _____ (қалыпта 30-60/мин)

ЖЖЖ ағзалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ (қалыпта 100/мин); Жүрек ырғағы _____; Жүрек шуылы _____;

Жамбас пульсын пальпациялау _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы)

Асқорыту ағзалары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Жыныстық ағзалар (жарықтар, қос жыныстық белгілері) _____
Кіндік _____ (кіндік қалдығы
туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10
күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді)

Несеп шығару _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем
емес жиілікте);

Нәжіс _____ (қалыпта алтын түсті-сарғыш, ботқа тәрізді,
қышқыл иісі бар)

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз:

• Тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

• Бала емшек сүтімен тамақтанады ма?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

• Түнде емшек сүтімен тамақтандырасыз ба?

Иә

Жоқ

• Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, жиілігі қанша? тәулігіне _____ рет және немен

Тамақтандыру кезінде қолданасыз:

Егер жаңа туған нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):

Емшек сүтімен тамақтандыруды бағалаңыз:

Жаңа туған нәресте соңғы сағатта емшек сүтімен тамақтанды ма?

Егер жаңа туған нәрестені соңғы сағатта тамақтандырмаса, анасынан оны кеудесіне салуды сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

• Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз:

- Иегі емшекке тиеді ме?

Иә

Жоқ

- Аузы кең ашылған

Иә

Жоқ

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған

Иә



Жоқ

- Ареоланың үлкен бөлігі ауыздың астынан емес, үстінен көрінеді



Иә



Жоқ

• Жаңа туған нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему қимылдарын жасайды)

• Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз



Иә



Жоқ

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз

• Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?

• Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Даму проблемалары

Нәрестенің екпе статусын тексеріңіз:

Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз:



1-0 В гепатиті



БЦЖ _____

Келесі екпеге келу күні

КҮТУ БАҒАСЫ: баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы

Үй-жайдың гигиенасы (сумен жинау жиілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы, t-25 °C төмен емес үй-жай)

Баланың гигиенасы

Күту проблемалары

Ана денсаулығын бағалау:

1. Сүт бездерін қарап-тексеру:

Проблемалар

2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек)

1. қатты үрей және алаңдау	8. шаршағыштық және энергия жеткіліксіздігі
2. терең мұңды	9. назар аударуға қабілетсіздігі
3. жиі жылау	10. ұйқының бұзылуы
4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы	11. тәбеттің болмауы
5. айыптылық кінәнің болуы	12. секске қызығушылықтың жоғалуы
6. байбалам ұстамасы	13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну
7. есеңгіреу және ашуланшақтық	14. балаға сүйкімсіздік

Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер:

1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау

2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру

3. бала назарда болу үшін жағдай жасау

4. баланы жиі ұстау

5. бала туралы ойлау

6. далаға жиі шығу және қимылдау

7. жақсы тамақтану

8. өзіне күтім жасау

9. күнделік жүргізу

10. егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Емшек сүтімен тамақтандырудың басымдылығы және практикасы - Тек емшек сүтімен тамақтандыруды қамтамасыз ету - Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) - Ананың тиімді тамақтануы - Ананың жеке гигиенасы - Үй-жайға және жаңа туған нәрестені күту заттарына қойылған талаптар - Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар , жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналардың мінез-құлқы)	- Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру - Жаңа туған нәрестеге күтім, серуендеу режимі. - Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар) жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналар - Микронутриент жетіспеушілігін профилактикалау (темір, А дәрумені, йод, мырыш) -Тамақтандыратын ананың оңтайлы тамақтануы мен ұйқы/демалу режимі
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>- Жаңа туған нәресте күтімі, серуендеу режимі. Гигиеналық ванналар</p> <p>- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері)</p> <p>- Ананы дәрігердің жұмыс кестесі мен медициналық ұйымның (МҰ) координаттары туралы хабардар ету</p> <p>- Әкесін бала күтіміне қатыстыру (мысалы: шомылу, киім ауыстыру кезінде).</p> <p>- Басқа ұсыныстар</p> <p>- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері, тамақтандыру және ішу режимі).</p>	<p>Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар) және</p> <p>жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналар мінез-құлқы</p> <p>- Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек сүтін іше немесе еме алмайды, әрбір тамақтанғаннан немесе ішкеннен кейін құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Идентфикатор/ дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)

Идентфикатор/ орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болса)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
2-қосымша парақ

Дәрігер мен орта медицина қызметкері қабылдау кезінде баланың дамуын бағалау * бір жасқа дейін ай сайын 1 рет, бір жастан асқан соң бекітілген Педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес жүргізіледі

Қарап-тексеру күні

Жасы: _____

Дене қызуы _____

Дене салмағы _____ г.

Бойы _____ см.

ДСИ _____

Басының айналымы _____ см

Сызбаны қолдана отырып, физикалық дамуды бағалаңыз:

Анасының шағымдары:

Баланы қарап-тексеру:

Терісі: Кіндік _____

Ауыз қуысының шырышы _____ Аңқа _____

Конъюнктивалары _____

Үлкен еңбек _____

Тыныс алу ағзалары:

Тыныс алу жиілігі _____

Жүрек-тамыр жүйесі (ЖТЖ) ағзалары: жүрек соғысының жиілігі (ЖЖЖ) _____

_____ ; Жүрек соғуының ырғағы _____ ; Жүрек шуылдары _____

_____ ;

Асқорыту ағзалары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Несеп шығару _____ ;

Нәжіс _____

Диагноз:

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз
тамақтандыру проблемалары

• Сізде тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

• Бала емшек сүтімен тамақтанады ма?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

• Түнде емшек сүтімен тамақтандырасыз ба?

Иә

Жоқ

• Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, жиілігі қанша? тәулігіне _____ рет және тамақтандыруда не қолданаңыз:

Егер сәби 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшек сүтімен тамақтандыруға байланысты қиындықтар; егер ол емшек сүтімен тәулігіне 8-ден кем тамақтанса; басқа тамақ немесе сұйықтық түрлерін ішсе; немесе өзінің жасынан салмағы төмен болса)

Егер сәби 6 айдан асса:

1. Қосымша тағаммен тамақтандыру үшін тамақпен негізгі тамақтану күніне неше рет? _____

2. Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді? _____

3. Әлденудің құндылығы: Қоректі _____ Қорексіз _____

4. Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді? _____ мл.

5. Тамақтың қоюлығы қандай? Қою _____ Сұйық _____

6. Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:

7. Ет/балық/ішек-бауыр Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____

8. Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____

9. Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер Иә _____ Жоқ _____ қанша күн

10. Балаңызға шәй бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____

11. Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____

Егілуін тексеріңіз:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз

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



Қызылша + қызамық + паротит



АКДС ревакцинациясы



НІВ ревакцинациясы
Келесі екпеге бару мерзімі

Мешелдің профилактикасы: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция), өзіндік Д витаминімен профилактикалақ (көрсетілім бойынша)

Мөлшері ____ ұзақтығы

Психомоторлық даму:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Даму мақсатында күтімді бағалау

Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?

Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Қалмаған

_____ эпикриздік мерзімге қалып қойған

Даму үшін күтім көрсету проблемалары

Күтімді бағалау:

1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медицина қызметкеріне қашан бару керектігін біледі

2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды

3. Ана қауіп себептерін біледі ме?

Күтім көрсету проблемалары

Балаға қатыгез мінез көрсету себептері:

Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық



иә



жоқ

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер

- Ықтимал керендік немесе көру проблемалары

- Бала байланысқа бармайды

- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау

- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса)

- Тәбеттің нашарлауы

Проблемалар

Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін бейінді маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед)

Ананың тамақтануын және денсаулығын бағалау:

Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС)

Проблемалар

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Тек емшек сүтімен тамақтандыру практикасы
- Ананың тиімді тамақтануы
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика
 - Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау
 - Бала сырқаттанған жағдайда мінез-құлық және күтім қағидалары (қауіпті белгілер және көмекке жүгіну қажет болған кезде тамақтандыру және ішу режимі)
 - Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)
 - Қауіпсіз орта және ата-аналардың жаракат пен жазатайым жағдайларды профилактикалауды үйрету
 - Баланың даму мақстында әкесін бала күтіміне белсенді қатыстыру
 - Ай сайын дәрігерде қарап-тексеру
 - Көрсетілімдер бойынша бейінді мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

- Басқа

Идентфикатор/ дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)

Идентфикатор/ орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болса)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
3-қосымша парақ

Маман консультациясы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты
2. Консультация түрі
3. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру
4. Диагноз атауының коды
5. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау

6. Дәрігердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болса)

Қажетіне қарай:

7. Консилиумдар жазбасы (диагноз бойынша келісілген позицияны, зерттеп-қарау мен емдеу ұсынымдарын қамтуы тиіс. Консилиумға қатысушылардың бірінің ерекше позициясы болған жағдайда, оның пікірі де тіркеледі).

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
4-қосымша парақ

Операция/рәсім/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты

2. Операция/рәсім/ аферезге көрсетілімдер

3. Клиникалық диагноз

4. Анестезиялық құрал

5. Операция/рәсім/ аферез хаттамасы, кем дегенде:

5.1 Операция/рәсім/ аферез басталған және аяқталған уақыты

5.2 Операция/рәсім/ аферез ағымы, орындау техникасын қоса алғанда

5.3 Операция/рәсім/ аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары

5.4 Қосымша зертханалық зерттеулер және басқа зерттеудің әдістерін қолдану

5.5 Операцияның аяқталуы, Операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Операция /рәсім/ аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет)

5.6 Қан кетулер мөлшері

мл.

5.7 Операция/рәсім/ аферез коды мен атауы

5.8 Операция/рәсім/ аферезден кейінгі диагнозы

5.9 Ұсынымдар

5.10 Операция жасаған дәрігердің, асистенттер, анестезиолог пен ОМҚ идентификаторы және Т.А.Ә. (бар болса)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
5-қосымша парақ

Пациентті динамикалық (диспансерлік) байқау

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты

2. Пациент динамикалық (диспансерлік) байқауға жататын диагноз атауының коды;

3. Диагноз бойынша байқау жоспарының қолданылу кезеңі:

Басталу күні

Аяқталу күні

4. Байқау жоспары:

Қызмет (тарификатордан):

Жоспарланған өткізу күні

Орындау күні:

5. Ұсынымдар:

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
6-қосымша парақ

Профилактикалық іс-шаралар парағы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты;
2. Қызмет* (тарификатордың ішінен);
3. Маманның қарап-тескеруі, Т.А.Ә., идентификаторы (бар болса);
4. Жүргізілеген диагностикалық зерттеулер;
5. Жүргізілген аспаптық зерттеулер;
6. Вакцинация:

Вакцина қолданған, аурудың аты (АХЖ 10)

Өндіруші ел (Елдер анықтамалығы)

Партия нөмірі

Серия нөмірі

Вакцина препаратының, анатоксинның аты және басқалары.

Қолдану тәсілі:

Дозасы

өлшем бірлігі

Екпе күні мен уақыты

Жанама реакция немесе жағымсыз құбылыс

Жанама/ жағымсыз реакцияның классификаторы

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
7-қосымша парақ

Диагностикалық зерттеулер/қызметтер хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты
2. Тарификатордан қызметтің атауы
3. Өткізілген зерттеуді сипаттау деректері
4. Қорытындысы
5. Медициналық қызметкердің идентификаторы және Т.А.Ә. (бар болса)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
8-қосымша парақ

"Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақатын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша амбулаторлық жағдайда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы"

Жүгіну күні мен уақыты

Төлқұжат деректері

1. ЖСН

2. Аты-жөні (бар болса)

3. Туған күні: күні айы жылы

4. Жынысы ер әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Ауыл тұрғыны қала

8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Өтеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Жүгіну себебі: дене жарақаты және/немесе психологиялық әсер ету (астын сызу)

14. Шағымдар

15. Анамнез

Мәліметтерді:

Уақыты мен күнін көрсете отырып физиологиялық және (немесе) психологиялық зорлық-зомбылық қолдану жағдайлары туралы;

қару және (немесе) қару ретінде құралдарды қолдану туралы көрсету.

16. Дене жарақаттарының сипаттамасы:

Тырналып кеткен жердің сипаттамасы:

1. Нақты анатомиялық локализация орны

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты

3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Түбінің немесе жабынды қыртысының жай-күйі- ылғалды, жабырақ деңгейге қатысты қоршаған тері; деңгейінде қоршаған тері; жоғары деңгейін, қоршаған тері, болмай қалған аймақтары бойынша учаскесі, гиперпигментация гипопигментация ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ

Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты, 3.бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Көгерудің түсі-қызыл-қызғылт , көкшіл-күлгін, қоңыр, жасыл, сары ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері :ісіну, гиперемияланған, қан жағылған, қыртыс.

Жараның сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Шеттерінің үңіреюі және жақындауы кезінде жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты, шпиндель тәрізді;

3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: "минус-мата" ақауының болуы;

4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, бөліну, ластану, бөгде қосындылар;

5. Қабырғалардың бедері: бір тегіс, тегіс, тік орналасқан бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған;

6. Шеттерінің шөгуі;

7. Шеттерінің ерекшеліктері: интерстициалды дәнекер-тоқылған секіргіштердің болуы, бұлшықеттің зақымдануы, сүйек;

8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысады, шаштың соңғы бөлігінде выв бұралған шамдармен.

9. Кесу, кесу, шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс, тегіс емес, серратталған;

Сынықтың (ашық) сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Пішіні сызықты, тұрақты емес, көп қырлы

3. Өлшемдері XXX см,

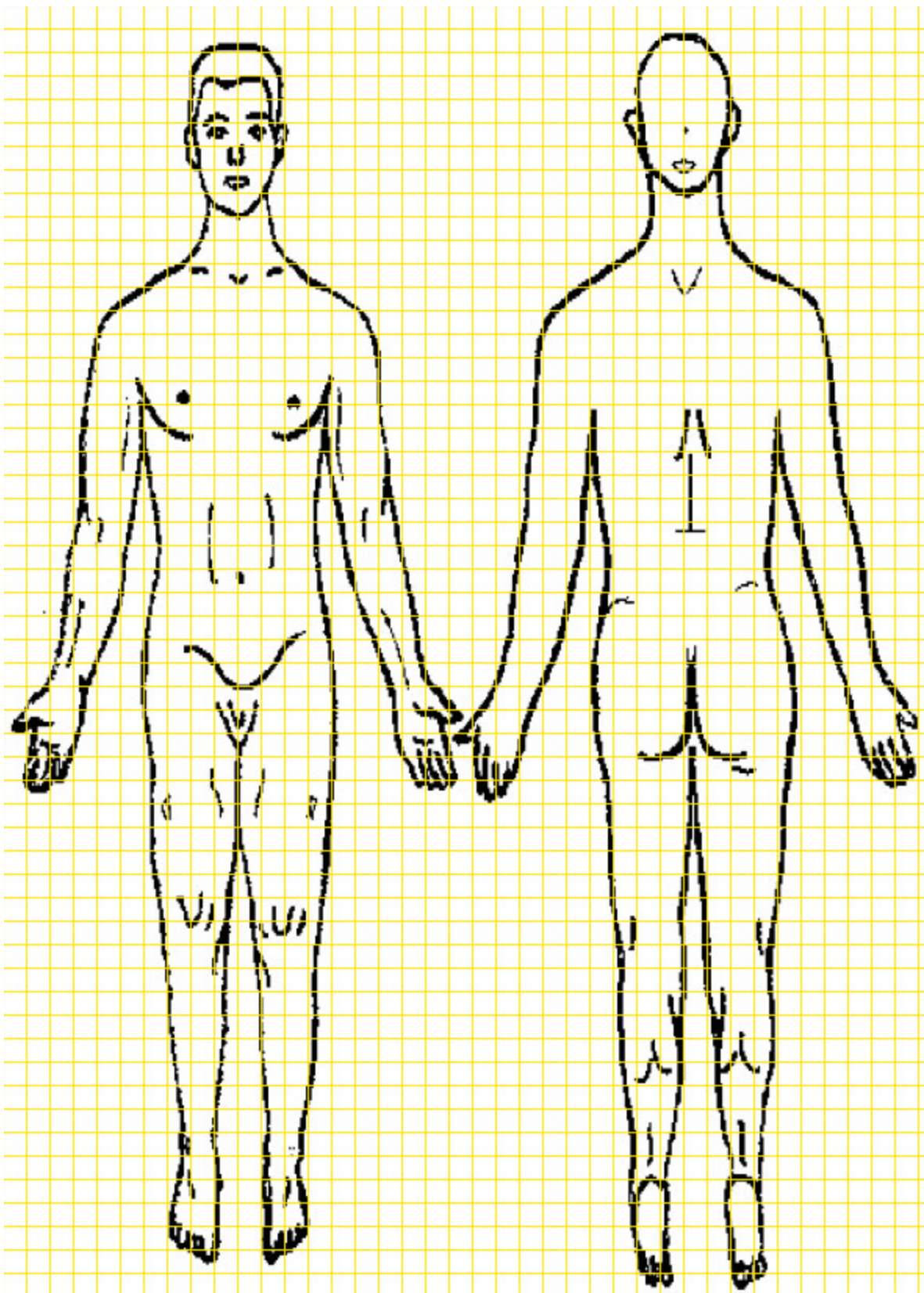
4. Сыну сызықтарының бағыты тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;;

5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.

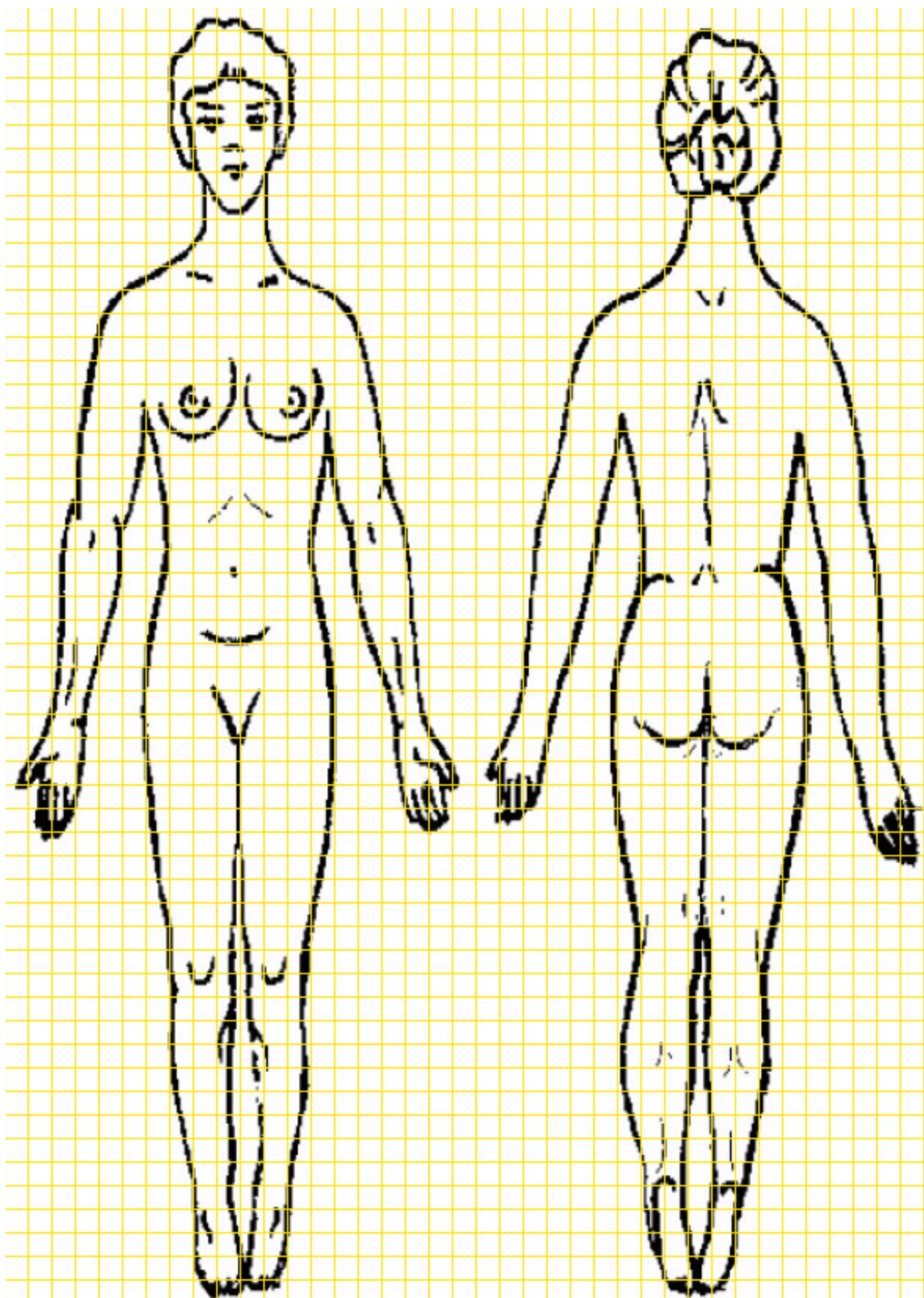
6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; денелердің сынуы, омыртқалардың доғалары мен процестері, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы

Анатомиялық оқшалану схемасы

Еркек схемасы



Әйел схемасы



17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау

1. Сана

1.1 сана айқын, бұзылмаған;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты,
орынға байланысты,
жеке тұлғада;

1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты;

2.2 пассивті, мәңгірген;

2.3 мелшиген;

2.4 қозған;

2.5 қорқақ;

2.6 жылауық;

2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 көңіл-күйдің қалыпты жағдайы;

3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм);

3.3 ашулану және (немесе) ызаланған;

3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;

3.5 қорқыныш, үрей;

3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);

4.1 ерекшеліктері жоқ;

4.2 баяу ойлау, сөйлеу;

4.3 жедел ойлау, сөйлеу;

4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу;

4.5 байланыссыз ойлау;

4.6 сандырақ идеялар;

4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар;

4.8 жадының бұзылуы;

4.9 назардың бұзылуы;

4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

5. Соматовегетативтік бұзылулар (науқастың шағымдары бойынша анықталады)

5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі;

5.2 қатты терлеу, ыстықтау немесе қалтырау, ауыздағы құрғақтық ;

5.3 қол /аяқта денедегі дірілдеу;

5.4 бұлшықет кернеуі, босансуға қабілетсіздік;

5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы;

5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық";

5.7 бас айналу, бас ауруы;

- 5.8 әлсіздік, шаршау сезімі;
- 5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі,
- 5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

6. Жоғарыда көрсетілген тармақтарда көрсетілмеген медицина қызметкерінің анықтаған белгілері

- 6.1 Ұйқының бұзылуы,
- 6.2 Тәбеттің бұзылуы,
- 6.3 Психологиялық жарақаттың болуы;
- 6.4 Қызығушылықты жоғалту;
- 6.5 Құпия, сенімсіздік;
- 6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар;
- 6.7 Үмітсіздік сезімі;
- 6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі) ;
- 6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса) ;

Амбулаторлық пациенттің
 медициналық картасына
 9-қосымша парақ

Сурдологиялық пациентті қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә. _____

Жасы _____

ЖСН _____

Мекенжайы _____

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Алғашқы анықталған ауру ИӘ/ЖОҚ

Бұрыннан белгілі ауруы _____

— Шағымдары _____

— Ауру анамнезі _____

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)	Бір жақты		AD		AS	
	Екі жақты		AD		AS	
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ	Бір жақты		AD		AS	

иірімiнiң, есту нервiсiнiң ауытқуы)		Екi жақты		AD		AS	
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрiнiң аурулары		Бiр жақты		AD		AS	
		Екi жақты		AD		AS	
Сенсоневралды есту мүкiстiгi	1-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	2-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	3-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	4-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	Керендiк	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
Кондуктивтiк есту мүкiстiгi	1-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	2-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	3-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	4-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	Керендiк	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
Аралас есту мүкiстiгi	1-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	2-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	3-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	4-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	
	Керендiк	бiр жақты		AD		AS	
		екi жақты		AD		AS	

Керегiн белгiлеу

Есту аппараты (бар\жоқ)	А у а өткiзгiштiк		AD		AS	
	С үй ек өткiзгiштiк		AD		AS	
	Орта құлақ		AD		AS	
	С үй ек өткiзгiштiк		AD		AS	

Имплантталатын жүйе (бар/жоқ)		Кохлеарлық имплантация	AD	AS	
Білім беру мекемесі/ жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
	Мектеп мекемесі	жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
	Жоғары / орта оқу орны		Иә	Жоқ	
	Жұмыс орны				
Ұйымдастырылмаған		Иә	Жоқ		

"Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысанының қысқарған сөздер тізімі:

1	АҚДС	Жасушасыз көкжөтел компоненттерінен тұратын адсорбцияланған көкжөтел-дифтериялық сіреспе вакцинасы
2	АДС	адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині
3	АДС-М	антиген азайтылған адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині
4	АД	адсорбцияланған дифтерия анатоксині
5	АС	сіреспе анатоксині
6	БЦЖ	Туберкулезге қарсы вакцина
7	К	көкжөтел вакцинасы
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
10	МҰ	Медициналық ұйым
11	МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
12	Т.А.Ә. (бар болса)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
13	ҮЕҰ	Үкіметтік емес ұйымдар
14	ДМИ	Дене массасының индексі
15	ЖҚЖ	Жүрек-қан тамыр жүйесі

Бұйрыққа
7-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы

Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары "Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы" №054/е нысаны

Жүгіну күні

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болса)
3. Туған күні: күні, айы, жылы
4. Жынысы

ер

әйел

5. Жасы
6. Ұлты
7. Тұрғын

қала

ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы облыс, аудан, қала, көше, үй, пәтер
 9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны
- Лауазымы Білімі
10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №
 11. Антропометриялық өлшемдері
 12. Өтеу түрі
 13. Әлеуметтік мәртебесі
 14. Қаралу себебі: 1) профилактикалық қарап-тексеру; 2) ауру ; 3) жарақат .
 15. Жарақаттың түрі:
1) Тұрмыстық , 2) Көшеде , 3) ЖКО , 4) Мектепте , 5) Спорттық

16. Қатыгезпен қарау синдромы: оның ішінде:
- 1) қараусыз қалу немесе бас тарту , 2 физикалық қатыгездік ,
 - 3) сексуалдық қатыгездік , 4) психологиялық қатыгездік, 5) басқа да қатыгездік синдромдары, 6) анықталмаған қатыгездік синдромы
17. Кіммен жолданды
18. Қабылдаулар/консультациялар
- Тарификатор бойынша қызметтер, саны, идентификаторы және маманның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), орындау күні.
19. Емшаралар мен манипуляциялар, зертхана, диагностикалық зерттеулер
- Тарификатор бойынша қызметтер, саны, идентификаторы және маманның тегі, аты, әкесінің (бар болса), орындау күні.
20. Қорытынды диагноз
21. Диспансерлеу
22. Туберкулезді анықтауға арналған зерттеулер жүргізілді
23. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары, манипуляциялары
24. Жүгіну нәтижесі
25. Олардың ішінде жолданғандар
26. Емханалық жүгіну жағдайы (бұдан әрі – ЕЖЖ)
27. ЕЖЖ аяқталған күн
- Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), идентификаторы

Бұйрыққа
8-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
10-қосымша

Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру жөніндегі Нұсқаулық

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру жөніндегі Нұсқаулық (бұдан әрі – Нұсқаулық) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабы 31) және 33) тармақтарына, "Қазақстан Республикасының Азаптауларға және басқа да қатыгез, адамгершілікке жатпайтын және ар-намысты қорлайтын іс-әрекеттер мен жазалау түрлеріне қарсы конвенцияға қосылуы туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес, сондай-ақ

қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсерді құжаттау жөніндегі есепке алу нысандарын бекіту мақсатында әзірленді.

2-тарау. Қатыгезпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін толтыруға жататын есепке алу құжаттамасының нысандары

2. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсерді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру кезінде есепке алу құжаттамасының мынадай нысандары (бұдан әрі – құжаттама нысандары) толтырылады:

1) "Стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысаны осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес "Стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы" 12-қосымша парағы;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес "Стационардан (тәулік бойы, күндіз) шыққанның статистикалық картасы" № 012/е нысаны;

3) "№ __Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысаны осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес "Амбулаториялық жағдайларда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы" 8-қосымша парағы;

4) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы" № 054/е нысаны.

3-тарау. Есепке алу құжаттама нысандарын толтыру

3. Стационарлық және (немесе) амбулаториялық жағдайларда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша жүгінген (түскен) кезде медициналық қарап-тексеру картасында паспорттық деректер және жеке сәйкестендіру нөмірі (бұдан әрі – ЖСН), тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жынысы, жасы, ұлты, азаматтығы, тұратын мекенжайы, жұмыс және (немесе) оқу орны және (немесе) балалар мекемесінің орны, лауазымы, білімі, сақтандыру полисінің нөмірі (сақтандыру жағдайында) көрсетілген сақтандыру компаниясының атауы, шығындарды өтеу түрі, әлеуметтік мәртебесі толтырылады.

Жүгіну себебі көрсетіледі: дене жарақаты және (немесе) психологиялық әсер ету.

Шағымдар мен анамнез сипатталады. Анамнезді жинау кезінде оқиға болған күні мен орнын, қаруды және (немесе) қару ретінде пайдаланылған заттарды көрсете

отырып, физикалық және (немесе) психологиялық зорлық-зомбылық қолданылғаны туралы мәліметтер нақтыланады. Деректер медициналық құжаттамада тіркеледі.

Дене жарақаттары сипатталады:

- 1) сызаттар;
- 2) көгерулер;
- 3) жаралар;
- 4) сынықтар.

4. Сызатты сипаттау кезінде:

нақты анатомиялық оқшаулау;

пішіні: сызықты, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты;

дененің бойлық осіне қатысты бағыт (тік, көлденең, көлбеу-тік жоғарыдан төмен, солдан оңға қарай);

өлшемдері (ұзындығы, ені сантиметрмен);

түбінің немесе жабатын қыртыстың жай-күйі (ылғалды, қоршаған тері деңгейіне қатысты, қоршаған тері деңгейінің деңгейінде немесе одан жоғары түсіп кетеді, шеткі бойынша түсіп кетеді, гипер және (немесе) гипопигментация учаскесі);

қоршаған тіндердің жай-күйі: ісіну, гиперемия, қан, топырақ көрсетіледі.

5. Көгеруді сипаттау кезінде көрсетіледі:

нақты анатомиялы оқшаулау;

пішіні: сызықты, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты;

дененің бойлық осіне қатысты бағыт (тік, көлденең, көлбеу-тік жоғарыдан төмен, солдан оңға қарай);

өлшемдері (ұзындығы, ені сантиметрмен);

түсі (қызыл-қызғылт, көкшіл-күлгін, қоңыр, жасылдау, сары);

түбінің немесе жабатын қыртыстың жай-күйі (ылғалды, қоршаған тері деңгейіне қатысты, қоршаған тері деңгейінің деңгейінде немесе одан жоғары түсіп кетеді, шеткері бойынша түсіп кетеді, гипер және (немесе) гипопигментация учаскесі);

қоршаған тіндердің жағдайы: ісіну, гиперемия, қан, топырақ көрсетіледі.

6. Жараны сипаттау кезінде көрсетіледі:

нақты анатомиялық оқшаулау;

шеттердің үңіреюі және жақындауы кезінде жараның пішіні мен көлемдері: сызықты, ұршық тәрізді;

тіндер ақауының сипаты мен ерекшеліктері, "минус тін" ақауының болуы;

шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, қабыршақтану, ластану, бөгде қосындылар;

қабырғалардың көлбеу рельефі: тегіс, тегіс, тік, көлбеу, қазылған;

шеттерінің шөгуі;

түбінің ерекшеліктері; тінаралық жалғағыш-тінден бөгетшелердің болуы, бұлшық еттердің, сүйектердің зақымдануы;

жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері: жараның бастапқы және ортаңғы үштен бірінде, шаштың соңғы бөлігінде, шаш баданасының сыртқа айналуы; шеміршекті, сүйекті кесу, шабу, аралау бетіндегі микробедердің ерекшеліктері: тегіс, біркелкі емес, ирек.

7. Сынықты (ашық) сипаттау кезінде:

нақты анатомиялық локализация;

пішіні (сызықты, дұрыс емес, ұсақ сынықтар);

өлшемдері;

сыну сызықтарының бағыты (тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта (жоғарыдан төмен, солдан оңға));

омыртқа зақымдарының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері, омыртқалар денелерінің, доғаларының және өсінділерінің сынуы, жылжу сипаты, байланыстыру аппаратының, омыртқааралық дискілердің, қабықша үстілік және қабықша астылық қан кетулердің, жұлынның зақымдануы сипатталады.

8. Психикалық жай-күйі сипатталады. Психикалық белгілерді анықтау пациенттің мінез-құлқы мен жай-күйін бақылау және сауалнама кезінде шағымдарды анықтау арқылы жүзеге асырылады.

Былайша сипатталады:

- сана (анық, бұзылмаған, сана бұзылған, уақытқа, орынға, жеке басына байланысты шатасу, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- мінез-құлық (адекватты, пассивті, мәңгіру, мелшиеп қалу, қозған, қорқақ, жылауық, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- көңіл-күй мен эмоциялар (қалыпты көңіл-күй жағдайы, көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимистік, қызбалық және (немесе) ашуланшақтық, көтеріңкі көңіл күй (көңілділік, ширақтылық, оптимистік), қорқыныш, үрей, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- ойлау, есте сақтау, сөйлеу (ерекшеліктері жоқ, баяу ойлау-сөйлеу, жылдам ойлау және (немесе) сөйлеу, жағдайлық және (немесе) егжей-тегжейлі ойлау және (немесе) сөйлеу, байланыссыз ойлау, сандырақ идеялар, өлім, өзін өзі өлтіру туралы ойлар, есте сақтау мен назар аударудың бұзылуы, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- соматовегетативтік бұзылулар (науқастың шағымдары бойынша анықталады): жиі немесе күшейген жүрек соғуы, жүрек тұсындағы жайсыздық сезімдер, көп терлеу, ысып кету немесе қалтырау, ауыздың құрғауы, қолдың, аяқтың және (немесе) дененің дірілдеуі, бұлшықеттің сыздауы, демалуға қабілетсіздік, тұншығу сезімі немесе тыныс алудың қиындауы, кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық", бас айналу, бас ауруы, әлсіздік, шаршау сезімі, ұю және (немесе) шаншу сезімі, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- жоғарыдағы тармақтарда көрсетілмеген медицина қызметкері анықтаған симптомдар: ұйқының, тәбеттің бұзылуы, психотравманың болуы, қызығушылықтың жоғалуы, құпиялылық, сенімсіздік, алкогольді тұтыну туралы хабарламалар, үмітсіздік сезімі, галлюцинациялар (пациент айналаға қарайды, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі), толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде).

9. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттары және (немесе) психологиялық әсері бар стационардан (тәулік бойы және (немесе) күндізгі) шыққанның статистикалық картасында паспорт деректері және жалпы мәліметтер, онда ЖСН, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жынысы, жасы, ұлты, азаматтығы, тұратын мекенжайы, лауазымы, білімі, сақтандыру полисінің нөмірі (сақтандыру жағдайында) көрсетілген сақтандыру компаниясының атауы, шығындарды өтеу түрі, әлеуметтік мәртебесі толтырылады.

Емдеуге жатқызу түрі (шұғыл, жоспарлы), бастапқы немесе қайта емдеуге жатқызу, емдеуге жатқызу коды көрсетіледі.

Емдеуге жатқызуға жіберген адамдар туралы және жіберген медициналық ұйымның атауы толтырылады.

Жіберген ұйымның диагнозы және келіп түскен кездегі диагноз көрсетіледі.

Жарақат түрлері (тұрмыстық, көше, жол-көлік, мектеп, спорт), қатыгездікпен қарау синдромы (қараусыз қалдыру немесе тастап кету, физикалық, сексуалдық және (немесе) психологиялық қатыгездік, қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары, анықталмаған қатыгездікпен қарау синдромы) көрсетіледі.

Күтім жасайтын адаммен және (немесе) бала емізетін анамен емдеуге жатқызу туралы мәліметтер, емдеуге жатқызу күні мен уақыты, бөлімше, палата нөмірі көрсетіледі.

Реанимация бөлімшесінде болуы туралы мәліметтер толтырылады, төсектің бейіні көрсетіледі.

АИТВ-инфекциясына, қан тобы мен резус-факторға зерттеу нәтижелері туралы, дәрілік заттардың аллергиялық реакциялары мен жанама әсерлері туралы мәліметтер толтырылады.

Қорытынды диагноз, асқынулар және қатар жүретін аурулар көрсетіледі.

Хирургиялық операциялар жүргізу туралы мәліметтер толтырылады.

Сондай-ақ қорытынды мәліметтер (келу және емделу нәтижелері, шығарылған (қайтыс болған) күні мен уақыты, өткізілген төсек-күндер саны, емдеуші дәрігердің және бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) көрсетіледі.

10. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттары және (немесе) психологиялық әсері бар амбулаториялық жағдайларда көмек алған пациенттің статистикалық картасында ЖСН, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жынысы, жасы, ұлты, азаматтығы, тұратын мекенжайы, тұрғылықты жері, лауазымы көрсетілген жұмыс, оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны, білімі, сақтандыру

полисінің нөмірі көрсетілген сақтандыру компаниясының атауы (сақтандыру жағдайында), шығындарды өтеу түрі, әлеуметтік мәртебесі, жүгіну себебі (профилактикалық қарап-тексеру, ауру, жарақат) толтырылады.

Жарақаттар түрі (тұрмыстық, көше, жол-көлік, мектеп, спорт), нақтылаумен қатыгездікпен қарау синдромы (қараусыз қалдыру немесе тастап кету, физикалық, жыныстық және (немесе) психологиялық қатыгездік, қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары, анықталмаған қатыгездікпен қарау синдромы) көрсетіледі.

Жіберген адам туралы деректер, қорытынды диагноз, жүргізілген операциялар, манипуляциялар туралы мәліметтер енгізіледі.

Өтінімнің нәтижесі, емханалық өтінім жағдайларын растау және оның аяқталу күні көрсетіледі.

Дәрігер туралы мәліметтер (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), идентификатор) енгізіледі.

Бұйрыққа
9-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
7-қосымша

Денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық құжаттамасын есепке алу нысандарының тізбесі

1. Стационарда қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1.	Стационарлық пациенттің медициналық картасы	001/е	Электрондық форматта	25 жыл
2.	Патологиялы анатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)	002/е	Электрондық/ қағаздық форматта	5 жыл
3.	Қанның, оның компоненттерінің, препараттарының және диагностикалық стандарттардың қозғалысын есепке алу нысаны	003/е	Электрондық форматта	5 жыл
4.	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы	004/е	Электрондық форматта	5 жыл

5.	Стационардың науқастар мен төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы	005/e	Электрондық форматта	1 жыл
6.	Қанның компоненттері мен препараттарын есепке алу нысаны	006/e	Электрондық форматта	5 жыл
7.	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке нысаны	007/e	Электрондық форматта	5 жыл
8.	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы	008/e	Электрондық форматта	5 жыл
9.	Биологиялық өлімді констатациялау/ трансплантаттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі	009/e	Электрондық форматта	25 жыл
10.	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы	010/e	Электрондық форматта	25 жыл
11.	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты	011/e	Электрондық форматта	25 жыл
12.	Стационардан шыққанның статистикалық картасы	012/e	Электрондық форматта	1 жыл
13.	Жаңа туған нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есепке алу нысаны	013/e	Электрондық форматта	5 жыл
14.	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы	ТБ 014/e	Электрондық форматта	5 жыл
	Туберкулезге шалдыққан IV			

15.	санаттағы науқастың медициналық картасы	ТБ 015/е	Электрондық форматта	5 жыл
16.	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеуді есепке алу нысаны	ТБ 016/е	Электрондық форматта	5 жыл
17.	Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы	ТБ 017/е	Электрондық форматта	5 жыл
18.	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы	ТБ 018/е	Электрондық форматта	5 жыл

2. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Операциялар/ манипуляцияларды есепке алу нысаны	019/е	Электрондық форматта	25 жыл
2	Босануларды есепке алу нысаны	020/е	Электрондық форматта	25 жыл
3	Медициналық куәландыруды, анықтамалар беру есепке алу нысаны	021/е	Электрондық форматта	5 жыл
4	Диализ картасы	022/е	Электрондық форматта	25 жыл
5	Ерітілген цитостатиктерді есепке алу журналы	023/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
6	Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтінімдерді тіркеу журналы	024/е	Электрондық форматта	3 жыл
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы	025/е	Электрондық форматта	3 жыл
8	Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы	026/е	Электрондық форматта	3 жыл

9	Анықтама	027/e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
10	Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттардың (соның ішінде ЕАЭҚ-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды	028/e	Қағаздық форматта	3 жыл
11	Уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы	029/e	Электрондық форматта	3 жыл
12	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы	030/e	Электрондық форматта	1 жыл
13	Медициналық-әлеуметтік сараптаманың қорытындысы	031/y	Электрондық форматта	1 жыл
14	Мүгедектерді тіркеу және оңалту журналы	032/e	Электрондық форматта	3 жыл
15	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі	033/e	Электрондық форматта	3 жыл
16	Мәлімдеме	034/e	Электрондық форматта	3 жыл
17	Медициналық қызметтерді есепке алу нысаны	035/e	Электрондық форматта	1 жыл
18	Масаң болу немесе ішімдікті көп мөлшерде қолдану немесе есірткелік жіті уыттануымен масаң болуға байланысты әрекеттер салдарынан ауырған кезде уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама /	036/e	Қағаздық форматта	3 жыл

19	Студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері кезінде уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама	037/e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Анықтамаға бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтама	038/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
21	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/	039/e	Қағаздық форматта	25 жыл
22	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы	040/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Медициналық туу туралы куәлік	041/e	Қағаздық форматта	5 жыл
24	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы	042/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы	043/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
26	Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы (МҚАЕ)	044/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
27	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік	045/e	Электрондық форматта	15 жыл

28	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік	046/e	Электрондық/қағаздық форматта	15 жыл
29	Оңалту картасы	047/e	Электрондық форматта	5 жыл
30	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы	048/e	Қағаздық форматта	3 жыл
31	Апаттық жағдайларды тіркеу журналы	049/e	Қағаздық форматта	5 жыл
32	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы	050/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
33	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы	051/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

3. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы	052/e	Электрондық форматта	1 жыл
2	Дәрігердің қабылдауына арналған талон	053/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы	054/e	Электрондық форматта	1 жыл
4	Профилактикалық қарап тексеру (скринингтің) картасы	055/e	Электрондық форматта	5 жыл
5	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазуды есепке алу нысаны	056/e	Электрондық форматта	1 жыл
6	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы	057/e	Электрондық форматта	1 жыл

7	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (санацияны қоса алғанда)	058/e	Электрондық форматта	5 жыл
8	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы	059/e	Қағаздық форматта	3 жыл
9	Әскер жасына дейінгі емдеу картасы	060/e	Қағаздық форматта	5 жыл
10	Жүйелік емдеу үшін әскер жасына дейінгі жеке тізімі	061/e	Қағаздық форматта	5 жыл
11	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы	062/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
12	Әлеуметтік қызметкер/психолог толтыратын пациенттің картасы	063/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
13	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны	064/e	Электрондық форматта	1 жыл
14	Профилактикалық екепелер картасы	065/e	Электрондық/қағаздық форматта	5 жыл
15	Профилактикалық екепелерді есепке алу журналы	066/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
16	Вакциналар қозғаласының журналы	067/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
17	Жолдама алуға анықтама	068/e	Қағаздық форматта	3 жыл
18	Санаторийлік - курорттық карта	069/e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Балалар санаторийіне жолдама	070/e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы	071/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
21	Медициналық анықтама (шет елге шығушыға)	072/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

22	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама	073/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы	074/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультативтік қорытынды)	075/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы	076/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
26	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы	077/e	Электрондық форматта	5 жыл
27	Рецепт	078/e	Электрондық форматта	1 жыл
28	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама	079/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
29	Амбулаториялық келу кезінде есепке алу нысаны	080/e	Электрондық форматта	1 жыл
30	Туберкулезге күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы	ТБ 081/e	Электрондық форматта	5 жыл
31	Диспансерлік контингентті бақылау картасы	ТБ 082/e	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан	083/e	Электрондық/қағаздық форматта	

Республикасы Президенттігіне үміткерлердің анықтамасы		қажеттілік уақыты ауғанша
----------------------------------------------------------------	--	------------------------------

4. Медициналық ұйымдардың басқа түрдегі медициналық құжаттамасын есепке алу нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	А И Т В жұқтырғандарды есепке алу журналы	084/e	Электрондық/ қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Ж е д е л медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы	085/e	Электрондық/ қағаздық форматта	2 жыл
3	Учаскелік дәрігерге дабыл парағы	086/e	Электрондық/ қағаздық форматта	2 жыл
4	Санитариялық авиация мобильдік бригадасын шақыру картасы	087/e	Электрондық/ қағаздық форматта	2 жыл
5	Ж е д е л 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)	088/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
6	Санитариялық авиация нысанында медициналық көмек ұсыну бойынша шақыруларды қабылдауды тіркеу журналы	089/e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
7	Санитариялық ұшуға тапсырма	090/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
8	Жедел өтінім № ____	091/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл

9	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы	092/e	Электрондық/қағаздық форматта	
10	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын, АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы	093/e	Электрондық/қағаздық форматта	5 жыл
11	Зертхана қызметкерлерін зерттеп-қарауды тіркеу журналы	094/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
12	ЖҚТБ-мен ауыратын науқас немесе АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен кұпия әңгімелесу парағы	095/e	Электрондық/қағаздық форматта	25 жыл
13	Бракераждық журнал	096/e	Қағаздық форматта	3 жыл

5. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есепке алу құжаттама нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Жолдама	097/e	Электрондық форматта	1 жыл
2	Нәтиже	098/e	Электрондық форматта	1 жыл
3	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері	099/e	Электрондық форматта	1 жыл
4	Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы	100/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
5	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	101/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

6	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы	102/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
7	Қ а н д ы стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы	103/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
8	Лабораториялық ж ә н е диагностикалық зерттеулерді есепке алу журналы	104/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
9	Шайындылардың микробиологиялық зерттеулердің тіркеу журналы	105/e	Электрондық форматта	1 жыл
10	Күл ауруының уытты күл дақылын қайта себу журналы	106/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
11	Бастапқы сынама қозғалысының журналы	107/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
12	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы	108/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
13	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы	109/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
14	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	110/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
15	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы	111/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
16	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы	112/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
17	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы	113/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
18	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы	114/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

19	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы	115/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
20	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы	116/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
21	Зертханада жасалған талдаулар санын есепке алу журналы	117/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
22	Кіріс бақылау актісі	118/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
23	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі	119/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
24	М С А К зертханалары үшін зертханалық тіркеу журналы	ТБ 120/e	Электрондық форматта	3 жыл
25	Зертханалық тіркеу журналы (туберкулезге қарсы ұйымдардың зертханалары үшін)	ТБ 121/e	Электрондық форматта	3 жыл
26	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы	ТБ 122/e	Электрондық форматта	3 жыл

6. Қан қызметі ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасының нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Донорлық функцияны жүзеге асыру туралы жұмыс орны бойынша ұсыну үшін донорға анықтама нысаны	123/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Биохимиялық және иммуногематологиялық зерттеулер тізімдемесінің нысаны	124/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулар үлгілерін			

3	бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосының нысаны	125/e	Қағаздық форматта	5 жыл
4	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасының нысаны	126/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
5	Қан мен оның компоненттерінің донорлығына қатысу үшін өтініш берген адамдарды есепке алу нысаны	127/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
6	HLA-зерттеулер нәтижелерін қабылдау, тіркеу және беру журналының нысаны	128/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
7	Афереза әдісімен жаңа алынған қан және донорлық қан компоненттерінің дайындамасын есепке алу нысаны	129/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
8	Уақытша сақтау кезеңінде қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу журналының нысаны	130/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
9	Донорлық қан компоненттерін өндіруді есепке алу журналының нысаны	131/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
10	Трансфузиялық ортаға өтінімдерді есепке алу журналының нысаны	132/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
11	Өндіріс кезеңінде жарамсыздығы бойынша қанды және оның компоненттерін есептен шығаруды есепке алу журналының нысаны	133/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

12	Карантиндегі плазманы есепке алу нысаны	134/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
13	Карантиндегі плазманың қозғалыс ведомосі	135/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
14	Трансфузиялық ортаға ақылы және тегін негізде өтінім нысаны	136/e	Қағаздық форматта	1 жыл
15	Қан компоненттерін , препараттарын және стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналының нысаны	137/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
16	Өнім беруді бөлу бойынша қанның, о н ы ң компоненттерінің, препараттардың және қан алмастырғыштардың қозғалысын есепке алу ведомосының нысаны	138/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
17	Қан компоненттерін есептен шығару актісі	139/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
18	Зертханалық зерттеулер үшін келіп түскен қан үлгілерін тіркеу журналының нысаны	140/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
19	Донацияға дейін бастапқы зертханалық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	141/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
20	Қ а н д ы консультациялық иммуногематологиялық зерттеулерді қабылдауды, тіркеуді және нәтижелерін беруді есепке алу	142/e		5 жыл

	журналының нысаны		Қағаздық форматта	
21	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындауды есепке алу журналының нысаны	143/e	Қағаздық форматта	5 жыл
22	Донорлық қанның жеке іріктеулерін тіркеу журналының нысаны	144/e	Қағаздық форматта	5 жыл
23	Донацияға дейінгі биохимиялық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	145/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулардың бастапқы-позитивті үлгілерін қайта зерттеуді есепке алу журналының нысаны	146/e	Қағаздық форматта	5 жыл
25	Гемотрансмиссиялық инфекцияларға ПТР оң нәтижелері бар донорларды есепке алу журналының нысаны	147/e	Қағаздық форматта	5 жыл
26	Донор қанын зертханалық тестілеу нәтижелері туралы есеп нысаны	148/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
27	АИТВ-нің маркерлеріне ИФА (ИХЛА) оң сарысулардың мониторингі журналын есепке алу нысаны	149/e	Қағаздық форматта	5 жыл
28	Қ а н компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	150/e	Қағаздық форматта	5 жыл

29	Қызметкердің қолы мен донорлардың шынтақ бүгілген терілерін өңдеу тиімділігінің бактериологиялық зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	151/e	Қағаздық форматта	5 жыл
30	БМП мен криопреципитаттың сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	152/e	Қағаздық форматта	5 жыл
31	Өндіріс кезеңдерінде гемоөнімнің орнын ауыстыруға арналған жүккұжаттың нысаны	153/e	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүккұжаттың нысаны	154/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
33	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналының нысаны	155/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
34	Гемотрансмиссивті инфекциялар маркерлеріне зерттеу ведомосының нысаны	156/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша