

"Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2024 жылғы 23 қаңтардағы № 177 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2024 жылғы 25 қаңтарда № 33929 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды 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 енгізілсін:

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

"Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындысы" № 026/е, "Медициналық-әлеуметтік сараптамаға қорытынды" № 031/е, "Медициналық туу туралы куәлік № ____ (тіркеу органдарына ұсыну үшін беріледі)" № 041/е осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес мынадай редакцияда жазылсын.

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 жариялағаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен 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.

Денсаулық сақтау министрі

А. Ғиният

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2024 жылғы 23 қаңтардағы
№ 177 бұйрығына
қосымша

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

№ 026/е нысаны

"Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы"

20__ жылғы " __ " _____ № _____

Медициналық ұйымның атауы _____

Жеке тұлғаға берілді _____

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні _____

Жынысы _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі _____

Нақты тұратын мекенжайы, телефоны

Жұмыс (оқу) орны _____

Диагнозы _____

Дәрігерлік – консультациялық комиссияның
қорытындысы _____

20__ жылғы _____ қоса алғандағы кезеңде

Комиссия төрағасы _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) қолы)

Хатшы _____

(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) қолы)

М.О

№ 031/е нысаны

Медициналық-әлеуметтік сараптамаға қорытынды

20____ ж. _____ № ____

1. ЖСН _____
- 2.Тегі _____
- 3.Аты _____
- 4.Әкесінің аты(бар болған жағдайда) _____
5. Туған күні _____ ж.
6. Жынысы ер әйел
7. Азаматтығы (елдерден анықтамалық) _____
8. Тұрғын қала ауыл
9. Тұрғылықты жері бойынша тіркелген мекенжайы _____

9.1.Нақты тұратын/болатын мекенжайы *(шығу кезінде мемлекеттік қызметті көшпелі түрде көрсету үшін)*

9.2. Куәландыру орны (жолдардың біреуін таңдау):
балалар үйінде, интернатта, балаларға арналған мамандандырылған ұйымдарда
әлеуметтік қорғау медициналық-әлеуметтік мекемелерінде (ұйымдарында)
қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде
үйде
стационарда

10. Медициналық ұйымға бекіту (БХТ):

10.1. Бекітілген күні _____ 20____ ж.

10.2. Медициналық ұйымның атауы _____

11. Пациенттің немесе оның заңды өкілінің ұялы телефон нөмірі (МАБ-да тіркелген) +7 (***) (*****)

12. Заңды өкілінің (ата-анасының, қорғаншысының, қамқоршысының) деректері бар болса:

12.1.ЖСН _____

12.2.Тегі _____

12.3. Аты _____

12.4. Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

13. Жіберген МҰ атауы (МҰ тіркелімінен) _____

14. Медициналық ұйымның мекенжайы _____

15. Қайта куәландыруға/мерзімінен бұрын қайта куәландыруға жіберілген кезде:

15.1. Мүгедектік тобы (өрістердің бірін таңдау):

бірінші топ

екінші топ

үшінші топ

мүгедектігі бар бала

бірінші топтағы мүгедектігі бар бала

екінші топтағы мүгедектігі бар бала

үшінші топтағы мүгедектігі бар бала

мүгедектік белгіленбеген

15.2. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %

(бұрын белгіленген болса)

15.3. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____ %

(бұрын белгіленген болса)

16. Жұмыс орны (жұмыс жасайтын адамдар үшін) _____

16.1. Лауазымы _____

16.2. Негізгі мамандығы _____

17. Оқу орны (оқушылар, студенттер үшін) _____

17.1. Курс/сынып _____

18. Мектепке дейінгі мекеме _____

19. Медициналық ұйымының

бақылауында _____

(күні) _____

20. МӘС-ке жіберу кезіндегі клиникалық-функционалдық диагноз

20.1. Негізгі диагноз (АХЖ-10 коды және атауы) _____

20.2. Негізгі диагноз (мәтін) _____

20.3. Асқыну (АХЖ-10 коды және атауы) (барлық бар асқынуларды көрсету):

20.4. Асқыну (мәтін) (барлық бар асқынуларды көрсету):

20.5. Қосарласқан аурудың диагнозы (АХЖ-10 коды және атауы) (барлық қосарласқан ауруларды көрсету): _____

20.6. Қосарласқан аурудың диагнозы (мәтін) (барлық қосарласқан ауруларды көрсету) _____

21. Клиникалық-еңбек анамнезі, диагностикасы, емдік іс-шаралар

21.1. Аурудың анамнезі: қай жастан бастап ауырады, ағымының ерекшеліктері мен сипаты, өршу жиілігі, соңғы өршу күні, жүргізіліп жатқан ем (оның ішінде рецидивке қарсы), тиімділігі (антропометриялық, гематологиялық көрсеткіштердің, функционалдық сынамалардың динамикасы, соматикалық мәртебедегі өзгерістер, емдеу нәтижелерін жалпы бағалау) _____

21.2. Пациент байқауда тұр ма жоқ иә

(динамикалық байқау бойынша барлық диагноздарын көрсету):

Диагноз (АХЖ-10 коды)	Динамикалық байқауға алған күні	Динамикалық байқау тобы, клиникалық топ	Динамикалық байқаудан алынған күні
--------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

21.3. Жарақат бар болса :

а) жарақат түрі (жолдың біреуін таңдау):

тұрмыстық

өндірістік

көшедегі (жол-көліктен басқасы)

жол-көлік

мектептегі

спорттық

өзгелер

б) жарақат алған күні _____ ж.

в) жарақат алған орны мен мән жайлары (толық көрсету)

21.4. Қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан ем: _____

оң динамикамен

динамика жоқ

теріс динамикамен

21.5. Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау:

бұзылған функцияларды қалпына келтіру

толық

ішінара

бұзылған функциялардың орнын толтыру

толық

ішінара

оң нәтиже жоқ

21.6. Жоспарланған іс-шаралар мыналарды көрсете отырып

Іс-шараның атауы	Жүргізу кезеңі	Жүргізу ұзақтығы
------------------	----------------	------------------

21.7. Оңалту-сараптамалық қорытындысы (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі пациенттер үшін)

ХЖК b өлшемшарттары			ХЖК d өлшемшарттары		
код	айқындылығын анықтаушы	атауы	код	айқындылығын анықтаушы	атауы

21.8. Оңалту болжамы

қолайлы

салыстырмалы қолайлы

күмәнді

қолайсыз

21.9. Оңалту әлеуеті

жоғары

орташа

төмен

жоқ

22. № 031/е нысанын толтыру кезіндегі физиологиялық параметрлері:

АҚ _____ мл. сб.

ЖСЖ _____ минутына

Пульс _____ минутына

ТҚЖ _____ минутына

Дене қызуы _____

Бойы _____ см.

Салмағы _____ кг

Оң жақ жамбас өлшемі _____ см

Сол жақ жамбас өлшемі _____ см

Бел өлшемі _____ см

23. Еңбек жағдайының өзгеруі _____

24. Еңбекке уақытша жарамсыздық (соңғы 12 айға мәлімет)

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы немесе анықтама сының №	20__ жылғы _____ бастап	20__жылғы __ дейін	Еңбекке жарамсыздық күнтізбелік күндерінің саны	АХЖ-10 бойынша коды
			Барлық күні	

25. Оңалту іс-шараларының жоспары:

25.1. Организмнің бұзылған және жоғалтқан функцияларын қалпына келтіруге және (немесе) орнын толтыруға бағытталған техникалық құралдардың ұсыныстары бар: иә, бір немесе бірнеше жолы таңдау қажет:

көру қабілетінің 0 – 0,03 және/немесе көру өрісінің 0 – 10 төмендеуі;

көру қабілетінің 0,04 – 0,08 және/немесе көру өрісінің 10 – 20 төмендеуі;

балалардағы көру қабілетінің 0,19-ға дейін төмендеуі және/немесе өрістердің 25-ке тарылуы;
 екі жақты есту қабілетінің төмендеуі;
 дауыс түзілуінің бұзылуы;
 жүріп-тұру функциясының елеулі бұзылуы;
 жүріп-тұру қиындығы;
 өзіне-өзі қызмет етудің қиындығы;
 омыртқаның статодинамикалық бұзылулары;
 қолдың құрылымы және/немесе функциясының бұзылуы;
 аяқтың құрылымы және/немесе функциясының бұзылуы;
 мастэктомия;
 жамбас ағзаларының функциясының бұзылуы;
 ішек стомасы;
 несеп шығару жолдарының стомалары.

25.2. Әлеуметтік қызметтерді көрсету: иә

жеке көмекші
 ымдау тілі маманы

25.3. Арнаулы әлеуметтік қызметтерді көрсету иә (біреуін таңдау):

стационар жағдайында
 стационарды ауыстыру жағдайында
 үй жағдайында

25.4. Жұмыспен қамту иә:

Жұмыс режимін ұйымдастыру (біреуін немесе бірнешеуін таңдау):

толық жұмыс уақыты
 қысқартылған жұмыс уақыты
 қолайсыз өндірістік факторлардың әсерін жою
 арнайы жұмыс орнын құру

25.5. Оқыту/қайта оқыту иә

25.6. Санаторийлік-курорттық ем иә

26. Шағымдарды, организм функцияларының бұзылу дәрежесін көрсететін объективті зерттеп-қарау деректерін, диагноздар мен ұсынымдарды көрсете отырып, мамандар консультацияларының нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностиканың, емдеу мен оңалтудың клиникалық хаттамаларына сәйкес ауру бейіні үшін талап етілетін мөлшерде) электрондық түрде № 031/е нысанына мыналар көрсетіле отырып, қоса беріледі:

Қызметтің атауы	Жүргізілген күні	Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы)

27. Клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулердің нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностиканың, емдеу мен оңалтудың клиникалықды хаттамаларына сәйкес ауру бейіні үшін талап етілетін мөлшерде) электрондық түрде № 031/е нысанына мыналар көрсетіле отырып, қоса беріледі:

Қызметтің атауы	Жүргізілген күні	Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы)
-----------------	------------------	---------------------------------------

28. Пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді; емдеу кезінде пайда болатын асқынуларды; зертханалық зерттеулердің, консультациялардың нәтижелерін қорытындылауды көрсете отырып; оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағытының шкаласын ескере отырып ұсынымдарды; аурудың бейініне қарай оңалту орталықтарында емнің, стационарлық, стационарды алмастыратын емнің емделіп шығу жағдайы (жағдайлары) туралы нәтижелер. Медициналық құжаттар № 031/е нысанына электрондық түрде мыналар көрсетіле отырып, қоса беріледі:

Сырақнамадан үзінді көшірме нөмірі	Түскен күні	Шыққан күні	Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы)
------------------------------------	-------------	-------------	---------------------------------------

29. Жедел/кезек күттірмейтін медициналық көмекті шақырған пациентке белсенді бару нәтижелері. Медициналық құжаттар № 031/е нысанына электрондық түрде мыналар көрсетіле отырып, қоса беріледі:

Белсенді түрде барған күні	Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы)
----------------------------	---------------------------------------

30. МӘС-ке жіберудің мақсаты:

мүгедектікті белгілеу

қайта куәландыру

мерзімінен бұрын қайта куәландыру

жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу:

бастапқы қайталама

кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу:

бастапқы қайталама

мүгедектік себебінің өзгеруі

ОЖБ қалыптастыру немесе түзету

зардап шеккен жұмыскердің көмектің қосымша түрлері мен

күтіміне мұқтаждығы туралы қорытынды беру қажеттігі

31. Куәландыруға жолдама:

сырттай проактивті куәландыру

көзбе-көз куәландыру

адам тасымалдауға жарамайды - сырттай куәландыру

адам қызмет көрсетілетін өңірден тыс жерде стационарлық

емдеуде – сырттай куәландыру

төтенше жағдай, шектеу шаралары, оның ішінде карантин – сырттай

куәландыру.

32. № 031/е нысанын толтырған емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

33. Куәландырылған: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және ДКК төрағасының немесе оның міндетін атқарушының ЭЦҚ-сы

33.1. ЭЦҚ қол қойылған күні 20__ ж. ____

34. Медициналық ұйымның Quick Response code (QR коды) (жылдам әрекет ету коды)

35. Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеуге және/немесе әлеуметтік қорғау шараларын айқындауға қажет пациенттің заңмен қорғалатын құпиясын құрайтын жеке деректер мен мәліметтерді жинауға, өңдеуге, беруге келісімі: иә

35.1. Көрсетілетін қызметті алушыдан немесе оның заңды өкілінен жауап алу күні: 20__ ж. ____

35.2. Көрсетілетін қызметті алушыдан немесе оның заңды өкілінен алынған жауап _____

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

20__ жылғы _____ № 031/е нысанға

МӘС сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама

20__ жылғы _____

1. Жолдаған медициналық ұйымның атауы (МО тіркелімнен) _____

2. Сараптамалық қорытынды шығарылған күні 20__ ж. ____

3. ЖСН _____

4. Тегі _____

5. Аты _____

6. Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

7. Туған күні _____ ж. ____

8. Клиникалық-сараптамалық диагнозы: _____

8.1 Негізгі диагноз (атауы, АХЖ-10 коды) _____

8.2 Қосарласқан диагноз (атауы, АХЖ-10 коды) _____

9. МӘС сараптамалық қорытындысы:

9.1 мүгедектік тобы _____

9.1.1. мүгедектік себебі _____

9.1.2. мүгедектік мерзімі _____

9.1.3. мерзімі 202__ ж. ____ бастап есептеледі.

9.1.4. қайта куәландыру күні 20____ ж._____

9.2. жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

9.2.1. жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі мерзімі _____

9.3. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

9.3.1. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі себебі

9.3.2. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі мерзімі

9.3.3. кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің қайта куәландыру күні
20 _____ ж. _____

9.4. Мүгедектің ОЖБ әзірленді № _____

9.4.1. Оңалту бойынша ұсынымдар

а) әлеуметтік оңалту бойынша _____

б) кәсіптік оңалту бойынша _____

9.5. № 031/е нысаны қайтарылды:

негізсіз жолданған;

сапасыз толтырылған:

Негіздеме

9.6. Көзбе-көз куәландыруға жіберілді: "Пациентке көзбе-көз куәландыру үшін тұрғылықты (тұрақты тіркелген) жері бойынша МӘС бөліміне жүгінуі қажет.

10. Медициналық-әлеуметтік сараптама актісінің № _____

11. МӘС/МӘС ӘББ басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылған _____

1-ескертпе. МӘС-ке қорытынды электрондық түрде толтырылады және ДКК төрағасының ЭЦҚ-мен қол қойылады.

2-ескертпе. МӘС сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама электрондық түрде толтырылады және ЭЦҚ-мен қол қойылады.

Қысқартулар тізімі:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR-код (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ажырататын ерекше белгісі бар)
2	ДКК	Дәрігерлік-консультациялық комиссия
3	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
4	ОЖБ	Абилитация және оңалтудың жеке бағдарламасы

5	МӘС	Медициналық-әлеуметтік сараптама
6	МҰ	Медициналық ұйым
7	МӘС бөлімі	Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі
8	МӘС ӘБ бөлімі	Әдіснама және медициналық-әлеуметтік сараптаманы бақылау бөлімі
9	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
10	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
11	ХЖК	Халықаралық жұмыс істеу жіктемесі
12	АҚ	Артериялық қан қысымы
13	ЖСЖ	Жүрек соғу жиілігі
14	ТҚЖ	Тыныс алу қозғалысының жиілігі

№ 041/е нысаны

"Медициналық туу туралы куәлік № ____ (тіркеу органдарына ұсыну үшін беріледі)"

Беру күні 20 ____ жылғы " ____ " _____

1. Анасының ЖСН _____
2. Баланың ЖСН _____
3. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

(жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес, олар болмаған кезде – деректер анасының айтуы бойынша толтырылады)

4. Анасының нақты тұратын мекенжайы _____
5. Анасының туған күні _____
6. Анасының ұлты _____
7. Анасының отбасылық жағдайы _____
8. Анасының білімі _____
9. Босану күні мен уақыты _____
10. Босанған жері _____
11. Баланың жынысы _____
- 11-1. Бала: бір ұрықтан - 1, егіздердің біріншісі - 2, егіздердің екіншісі - 3, басқа да көп ұрықтыдан туды - 4
- 11-2. Бала: күні жетіп - 1, күні жетпей - 2, күні асып туды - 3
- 11-3. Баланың туған кездегі салмағы мен бойы (см).
- 11-4. Анасының нешінші туған баласы (тірі туу кезегі)

12. Дәрігердің (орта медицина жұмыскерінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Босандыру ұйымның идентификаторы _____

Ата-анасына мәлімет үшін:

"Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 189-бабына сәйкес баланы тіркеу органдарында тіркеу қажет. Баланың тууы туралы өтініш бала туған күнінен бастап үш жұмыс күнінен кешіктірілмей тапсырылады.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК