

**О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июля 2022 года № ҚР ДСМ-62. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 июля 2022 года № 28685

      ПРИКАЗЫВАЮ:

      1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения и дополнения:

      наименование приказа "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" изложить в следующей редакции:

      "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению";

      преамбулу приказа "В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"" изложить в следующей редакции:

      "В соответствии с пунктами 31) и 33) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", а также Законом Республики Казахстан "О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания"";

      в формах медицинской учетной документации, используемых в стационарах, утвержденных приложением 1 к указанному приказу:

      форму № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента № \_\_\_" изложить в следующей редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      форму № 012/у "Статистическая карта выбывшего из стационара (круглосуточного, дневного) № \_\_\_" изложить в следующей редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

      в формах медицинской учетной документации, используемых в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденных приложением 2 к указанному приказу:

      форму № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу" изложить в следующей редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

      форму № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР) инвалида" изложить в следующей редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

      форму № 041/у "Медицинское свидетельство о рождении № \_\_\_\_ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)" изложить в следующей редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

      в формах медицинской учетной документации, используемых в амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденных приложением 3 к указанному приказу:

      форму № 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента" изложить в следующей редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу;

      форму 054/у "Статистическая карта амбулаторного пациента" изложить в следующей редакции согласно приложению 7 к настоящему приказу;

      дополнить приложением 10 "Инструкция по заполнению учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения" редакции согласно приложению 8 к настоящему приказу;

      перечень форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденных приложением 7 указанного приказа на казахском языке изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему приказу, текст на русском языке не меняется.

      2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

      1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

      2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

      3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

      3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

      4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

|  |  |
| --- | --- |
| *Министр здравоохранения*  *Республики Казахстан* | *А. Ғиният* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1 к приказу Министр здравоохранения Республики Казахстан от 1 июля 2022 года № ҚР ДСМ-62 |
|  | Приложение 1 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах**

**Форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента" №\_\_\_**

      Раздел 1. Приемный покой

      Общая часть:

      1. ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Ф.И.О. (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Дата рождения - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

      4. Пол



      мужской   
       ☐  
       женский   
       5. Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7. Гражданство (справочник стран) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8. Житель



      города



      села   
       9. Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       10. Место работы/учебы/детского учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Должность Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       11. Наименование страховой компании, № страхового полиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       12. Группа инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       13. Тип возмещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       14. Социальный статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       15. Пациент направлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       16. Тип госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Код госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Запись врача приемного покоя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Информация о текущей госпитализации:  
       17. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       18. Диагноз направившей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. (при его наличии) родственника | Кем приходится | Телефон |
|  |  |  |

      Первичный осмотр врача приемного покоя при госпитализации:

      1. Дата и время осмотра - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Анамнез болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Анамнез жизни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Аллергические реакции (включая непереносимость препаратов)



      да



      нет.   
       6. Перенесенные инфекции  
       ☐  
       нет



      да (код наименование)   
       Туберкулез



      да



      нет кож-вен.   
       да



      нет Гепатит



      да



      нет другое Вирусный гепатит



      да



      нет Корь, краснуха



      да



      нет Ветряная оспа



      да



      нет эпидемический паротит



      да



      нет



      За последние 35 дней в контакте с инфекционными больными не был   
       7. Объективные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       9. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       10. Предварительный диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       11. Оценка риска падения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       12. Оценка боли  
       есть ☐  
       нет ☐.  
       Сортировка пациента (приемный покой)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       13. Дата и время госпитализации "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       14. Сортировка по триаж-системе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       15. Идентификационный бейдж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       16. Инструктаж пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       17. Санитарная обработка



      да



      нет (если да, указать время, объем обработки, показания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       18. Вид транспортировки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       19. Признаки инфекций



      да



      нет   
       Если да, пациент помещен в изолятор



      да



      нет   
       20. Жилищно-бытовые условия (при госпитализации в больницы сестринского ухода)   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       21. Круг общения (при госпитализации в больницы сестринского ухода)   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       22. Материальная обеспеченность (при госпитализации в больницы сестринского хода)  
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       23. Социальная поддержка (при госпитализации в больницы сестринского ухода)   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Раздел 2. Первичный осмотр лечащего врача:  
       1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка - "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2. Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3. Объективные данные пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       4. Анамнез заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5. Анамнез жизни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6. Наследственность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7. Прием медикаментов на момент госпитализации



      нет



      да (наименование, когда и причины приема)   
       8. Предварительный диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       9. План обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       10. План лечения (вкладной лист 4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Лечащий врач: Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Заполняется при родах:  
       1. Дата и время родов – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       2. Общая информация (рост, вес, последняя менструация, первое шевеление плода,   
       окружность живота, высота дна матки, положение плода, позиция и вид,   
       сердцебиение плода, место, ЧСС, предлежащая часть, родовая деятельность,   
       предполагаемый вес плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
       Осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       3. Течение родов (время схваток, воды отошли, качество и количество вод, полное   
       открытие, начало потуг, ребенок родился (первый, второй), критерии живорождения,   
       пол, рост, вес, окружность головы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Акушер Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 1 к медицинской карте стационарного пациента |

**Объективный статус пациента**

      1. Дата и время осмотра "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Рост (при поступлении и необходимости от профиля МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Вес (при поступлении и необходимости от профиля МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. ЧСС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. ЧДД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Температура \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Количество выпитой жидкости \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Наличие/отсутствие стула и мочеотделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Общее состояние (психоэмоциональный статус, внешний вид, нравственные

нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего,

память, самоконтроль жизнеобеспечения, трудоспособность, выполняемая работа, сон и

отдых, сексуальная удовлетворенность, нарушение дыхания, кашель, потребность в

кислороде, система кровообращения, аппетит, язык, повседневный рацион и режим питания,

зависимость от посторонней помощи при приеме пищи, причины расстройства приема пищи,

совет по поводу соблюдения диеты, состояние мочевыделительной системы, количество

потребления жидкости, водный баланс) (при необходимости от профиля

МО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

      11. Физиологические отправления (физиологические отправления сопровождаются,

суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря, характер мочи,

дизурические расстройства, мочеиспускание, применение мочегонных средств, зависимость

от посторонней помощи при мочеиспускании, суточная регулярность самостоятельного

опорожнения кишечника, характер кала, запоры, поносы, дефекация, применение

слабительных средств, зависимость от посторонней помощи при дефекации) (при

необходимости от профиля МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

      12. Двигательная активность (мышечный тонус, состояние суставов, степень

подвижности суставов, риск образования пролежней) (при необходимости от профиля МО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 2 к медицинской карте стационарного пациента |

**Дневник**

      1. Дата и время осмотра - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Объективные данные пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Динамика состояния пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Лабораторно-диагностические исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Течение послеродового периода (только для организаций, ведущих наблюдение за

этой категорией пациентов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Партограмма (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией

пациентов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 3 к медицинской карте стационарного пациента |

**Информированное согласие пациента\***

      В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

      ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Ф.И.О. (при его наличии) (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата рождения - "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

      Находясь в МО (наименование МО)

      Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

      1) Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов крови (реакции, осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

      2) Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза, о мерах по соблюдению "Правила поведения больного туберкулезом", возникновения побочных реакций, применения мер принудительной изоляции в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима).

      3) Мною представлена вся необходимая информация о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

      4) Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы в доступной форме.

      Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата и время "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента:

      Ф.И.О. (при его наличии) (полностью)

      Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

      Дата и время – "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Примечание:

      Согласие на проведение инвазивного вмешательства подлежит отзыву, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 4 к медицинской карте стационарного пациента |

**Лист врачебных назначений**

      1. Дата и время – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Режим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Диета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Наименование услуги, лекарственного средства (с конкретными рекомендациями

по времени их назначения и времени их отмены)

      5. Дата назначения (по времени) и дата окончания – "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_ и "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ф.И.О. (при его наличии), ID врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 5 к медицинской карте стационарного пациента |

**Обоснование клинического диагноза (в соответствии с внутренними правилами, количество обоснований не исчерпывается только указанными)**

      1. Дата и время – "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Объективные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических

      исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Лист врачебных назначений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ф.И.О. (при его наличии), ID врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 6 к медицинской карте стационарного пациента |

**"Предтрансфузионный эпикриз"**

**Трансфузионный анамнез в истории болезни:**



      трансфузий ранее не проводилось



      трансфузионный анамнез без особенностей



      имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие   
       Акушерский анамнез для женщин:



      без особенностей



      многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения,   
       абортов и выкидышей в ранних сроках  
       Иммуногематологические особенности:



      не выявлены



      выявлены вариантные формы антигенов или экстраагглютинины



      выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность, если   
       известно)



      антиэритроцитарные антитела не исследовались  
       Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК) ОАК, КЩС от ж/ г.   
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Одна доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин примерно   
       на 10г/л \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



      острая анемия, гемоглобин г/л



      хроническая некомпенсированная анемия, гемоглобин г/л, клинические данные:   
       жалобы на выраженную слабость, ЧД , Ps, АД



      снижение доставки О2 при анемии, Hb г/л, РаО2 мм рт. ст., РvО2мм рт. ст.   
       Расчетная доза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Показания для СЗП/криопреципитата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Данные последней коагулограммы: (достаточно одного измененного показателя   
       коагулограммы или ВСК более 30 минут) ПТИ %, МНО, АЧТВ, Фибриноген г/л,   
       ТIII \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Толерантность плазмы к гепарину, ВСК мин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Анализ от дд/мм/гг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



      дефицит факторов коагуляционного гемостаза



      дефицит плазменных антикоагулянтов



      плазмообмен  
       Расчетная доза (12-20мл/кг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов \*109/л \_\_\_\_\_\_\_  
       Анализ от дд/мм/гг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



      геморрагический тромбоципенический синдром



      Тромбоцитопения менее 10\*109/л без геморрагического синдрома.



      Тромбоцитопения менее 50\*109/л, хирургическая операция.



      Тромбоцитопения менее 100\*109/л, нейрохирургическая операция.



      Тромбоцитопатия, геморрагический синдром.   
       Расчетная доза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Показания для альбумина: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Гипопротеинемия/гипоальбуминемия г/л, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Анализ от дд/мм/гг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Ф.И.О. (при его наличии), ID врача, обосновавшего показания к трансфузии  
       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Показания к трансфузии проверены, подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Заведующий отделением Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови**

      Дата проведения трансфузии – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

      Время проведения трансфузии: начата дд/мм/гг, окончена дд/мм/гг – начало "\_\_\_\_"

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г. окончание "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

      Группа крови и резус-принадлежность больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Отделение больницы, где проводится трансфузия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      До трансфузии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ps \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      t0 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Трансфузионный анамнез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Показания к трансфузии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименование трансфузионной среды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Группа крови и резус-принадлежность донора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Номер этикетки трансфузионной среды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата заготовки трансфузионной среды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Проведение проб на совместимость:

      - по группе крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      - по резус-фактору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      - биологическая проба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Перелито\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (мл) (внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно)

      Реакции и/или осложнения после трансфузии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Предпринятые меры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ф.И.О. (при его наличии), ID врача, проводившего трансфузию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      После трансфузии: Ps\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, АД \_\_\_\_\_\_, t0 \_\_\_\_\_ (через 1 час); Ps\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

      АД \_\_\_\_\_\_, t0 \_\_\_\_\_ (через 2 часа); Ps\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, АД \_\_\_\_\_\_, t0 \_\_\_\_\_ (через 3 часа).

      Цвет первой порции мочи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Суточный диурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Ф.И.О. (при его наличии), ID среднего медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата, время – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Трансфузионный лист**

      1. Дата – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г.

      2. Наименование трансфузионной среды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Количество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



      мл  
       4. Группа крови, Rh донора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5. Показания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       6. № этикетки, страна производитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       7. Осложнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       8. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 7 к медицинской карте стационарного пациента |

**Протокол диагностических исследований/услуг**

      1. Дата и время проведения – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

      2. Наименование услуги из тарификатора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Данные описания проведенного исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 8 к медицинской карте стационарного пациента |

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

      1. Дата и время осмотра – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Объективные данные (температура, ЧДД, ИВЛ, SpO2 / FiO2, ЦВД, АД, Оценки

      боли по ВАШ, Оценка делирия RASS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Лист врачебных назначений (с посекундным отражением времени проведения

      манипуляции) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Дневник (статус дополнительных жизнеобеспечивающих приборов, при

      необходимости, описание гидробаланса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 9 к медицинской карте стационарного пациента |

**Консультация специалиста**

      1. Дата и время осмотра – "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Вид консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      При необходимости:

      7. Записи консилиумов (должны включать согласованную позицию по диагнозу,

      рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из

      участников консилиума, его мнение также регистрируется)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 10 к медицинской карте стационарного пациента |

**Протокол операции/процедуры/афереза**

      1. Дата и время – "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Показания к операции/процедуры/афереза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Клинический диагноз (при проведении сердечно–сосудистых операций

      описывается состояние больного перед операцией, подготовка к наркозу, измерение

      объективных данных каждые 5 минут, осложнения по ходу наркоза и операции)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Анестезиологическое пособие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Протокол операции включая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5.1 Дату и время начала и окончания операции/процедуры/афереза

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5.2 Течение (описание) операции/процедуры/афереза, включая технику выполнения

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5.3 Участие консультантов во время операции/процедуры/афереза, рекомендации

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5.5 Исход операции, осложнения во время операции (если не было, необходимо

      указать "осложнений во время операции/процедуры/афереза не было")

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5.6 Количество кровопотери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



      (мл)   
       5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5.9 Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       5.10 Ф.И.О. (при его наличии), ID оперирующего врача, ассистентов, анестезиолога и   
       СМР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 11 к медицинской карте стационарного пациента |

**История развития новорожденного**

      Заполняется в родзале:

      Дата и время – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      1. Информация о родителях (группа крови, резус-принадлежность) \_\_\_\_\_\_\_

      2. Подробная информация о рождении/смерти, поступлении, выписке, переводе

      новорожденного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Заключительный диагноз новорожденного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Наследственность со стороны матери/отца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Информация о новорожденном и родах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Информация о ГВ, пороках развития, родовых травмах, профилактике

      гонобленореи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Дата проведения скрининга на наследственную патологию (фенилкетонурия,

      врожденный гипотиреоз, аудиологический скрининг)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дежурный акушер Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дежурный врач Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заполняется при переводе новорожденного из родзала в отделение:

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата и время – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

      1. Информация о переводе новорожденного в отделение, № палаты

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Состояние ребенка при переводе из родзала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Диагноз предварительный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Принял и провел обработку медицинский брат/медицинская сестра Ф.И.О. (при его

      наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дежурный врач Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Первый осмотр ребенка в палате (отделении.) новорожденных детей

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата и время – "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      1. Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус),

      кожные покровы, видимые слизистые, пуповинный остаток, форма грудной клетки,

      когда приложен к груди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Частота ГВ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Состояние легких, пульс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Данные ежедневного общего осмотра новорожденного, изменение состояния

      новорожденного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Вакцинации, скрининг на наследственную патологию, аудиологический

      неонатальный скрининг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дежурный акушер Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дежурный врач Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заключение и предварительный диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      1. Назначения и их обоснование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заключительная часть: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Выписной эпикриз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие

      осложнения в ходе лечения; резюмирование результатов лабораторных исследований,

      а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения,

      при необходимости реабилитации, дать рекомендации с указанием

      реабилитационного потенциала, реабилитационного диагноза и шкалы

      реабилитационного маршрута. По требованию копия выписного эпикриза выдается на

      руки пациенту.

      1. Диагноз клинический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата установления – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ г.

      2. Другие виды лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Отметка о выдаче листа о временной нетрудоспособности

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      № листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности

      4. Исход пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      Переведен в МО (из регистра МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Трудоспособность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Дата и время выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Для поступивших на экспертизу – заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заведующий отделением Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Лечащий врач Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Заполняется в случае смерти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Умер дд/мм/гг – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_г.

      Аутопсия проводилась:



      да



      нет   
       Патологическое (гистологическое) заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Патоморфологический диагноз (основной) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       сопутствующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 12 к медицинской карте  стационарного пациента |

**Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения**

      Дата и время обращения

      Паспортные данные

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения: число, месяц, год

      4. Пол ☐ мужской ☐ женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель ☐города ☐ села

      8. Гражданство, адрес проживания

      9. Место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения

      Должность Образование

      10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

      11. Тип возмещения

      12. Социальный статус

      13. Повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие

      (подчеркнуть)

      14. Жалобы

      15. Анамнез:

      указать сведения: о случае применения физического и (или) психологического

      насилия с указанием времени и даты; о применении оружия и (или) предметов,

      использованных в качестве оружия.

      16. Описание телесных повреждений:

      Описание ссадины

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная☐, округлая☐, овальная☐, неправильная овальная☐,

      треугольная☐

      3. Направление: вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении

      сверху вниз, слева направо☐;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина в ХХХ см);

      5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная☐, западает по отношению к

      уровню окружающей кожи☐; на уровне окружающей кожи☐; выше уровня

      окружающей кожи☐, отпадает по периферии☐, участок гиперпигментации☐

      гипопигментации ☐

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость☐,

      гиперемированы☐, с наложением крови☐, почвы☐

      Описание кровоподтека

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная☐, округлая☐, овальная☐, неправильная овальная☐,

      треугольная☐,

      3. Направление: вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении

      сверху вниз, слева направо ☐;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина ХХХ в см);

      5. Цвет кровоподтека - красно-багровый ☐, синюшно- фиолетовый☐, бурый☐,

      зеленоватый☐, желтый ☐;

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость ☐,

      гиперемированы☐, с наложением крови☐, почвы ☐.

      Описание раны

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная☐,

      веретенообразная☐;

      3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта "минус-ткань"☐;

      4. Особенности краев: осадненность☐, кровоподтечность☐, отслоенность☐,

      загрязненность☐, инородные включения☐;

      5. Рельеф скошенности стенок: ровные☐, гладкие☐, располагаются отвесно☐ одна

      стенка скошена, а другая подрыта☐;

      6. Осадненность концов☐;

      7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек☐,

      повреждений мышц☐, костей☐;

      8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно

      пересечены в начальной и средней трети раны☐, в конечном отрезке волоса☐ с

      вывороченными луковицами☐.

      9. Особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости:

      ровный☐, не ровный☐, зазубренный☐.

      Описание перелома (открытый)

      1. Точная анатомическая локализация;

      2. Форма линейная☐, неправильная☐, многооскольчатая☐

      3.Размеры ХХХсм,

      4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-

      вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо ☐;

      5. Размеры, ориентировка свободных отломков, дефектов, сколов кости и вдавлений

      6. Особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в

      окружающих позвоночник тканях, переломов тел, дужек и отростков позвонков,

      характер их смещения, повреждений связочного аппарата, межпозвонковых дисков,

      над- и подоболочечных кровоизлияний, спинного мозга.

      *Схема анатомической локализации*

*Схема мужчина*



*Схема женщина*



      17. Обследование психического состояния

      1. Сознание

      1.1 Сознание ясное, не нарушено☐;

      1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:

      во времени☐,

      в месте☐,

      в собственной личности☐;

      1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      2. Поведение

      2.1 Адекватный☐;

      2.2 Пассивный, заторможенный☐;

      2.3 Оцепенение☐;

      2.4 Возбужденный☐;

      2.5 Пугливый☐;

      2.6 Плаксивый☐;

      2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      3. Настроение и эмоции

      3.1 Ровный фон настроения☐;

      3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность)☐;

      3.3 Раздражительность и (или) гневливость☐;

      3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность)☐;

      3.5 Страх, тревога☐;

      3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      4. Мышление, память, речь (нужное подчеркнуть);

      4.1 Без особенностей☐;

      4.2 Замедленное мышление, речь☐;

      4.3 Ускоренное мышление, речь☐;

      4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь☐;

      4.5 Бессвязное мышление☐;

      4.6 Бредовые идеи☐;

      4.7 Мысли о смерти, самоубийстве☐;

      4.8 Нарушение памяти☐;

      4.9 Нарушение внимания☐;

      4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам больного)

      5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца☐;

      5.2 Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту☐;

      5.3 Дрожь в руках и (или) ногах и (или) в теле☐;

      5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться☐;

      5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание☐;

      5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди"☐;

      5.7 Головокружение, головные боли☐;

      5.8 Чувство слабости, утомляемости☐;

      5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания☐,

      5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах

      6.1 Нарушения сна☐,

      6.2 Нарушения аппетита☐,

      6.3 Наличие психотравмы☐;

      6.4 Утрата интересов☐;

      6.5 Скрытность, недоверчивость☐;

      6.6 Сообщения об употреблении алкоголя☐;

      6.7 Чувство отчаяния☐;

      6.8 Галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником)☐;

      6.9 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

**Список сокращений:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 2 | Ф.И.О. (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

*1. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СВЕДЕНИЯ (ДОКУМЕНТЫ)* *Медицинские карты, медицинские заключения, выписки, данные клинико-лабораторных исследований, предоставленные во время медицинского осмотра:o Нет* *o Есть (укажите)*

*2. Направлен на: исследования (указать какие), консультации (указать) на лечение (указать)*

*3. Сообщено о насилии в органы внутренних дел/прокуратуры в установленном порядке*

*Дата сообщения*

*Наименование органа внутренних дел/прокуратур*

*Идентфикатор, Ф.И.О. (при его наличии) врача*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 13 к медицинской карте  стационарного пациента |

**Карта осмотра сурдологического пациента**

      Ф.И.О. (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Направленные в рамках аудиологического скрининга ДА ☐/НЕТ☐

      Направленные по заболеванию ДА☐/НЕТ☐

      Впервые выявленное заболевание ДА☐/НЕТ☐

      Известное раннее заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Анамнез заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Методы обследования:

      ДИАГНОЗ (выбрать из имеющихся):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врожденные пороки развития наружного уха (аномалии ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода) | | Односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Врожденные пороки развития внутреннего уха (аномалии улитки, слухового нерва) | | Односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Заболевания спектра слуховых (аудиторных) нейропатий | | Односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Сенсоневральная тугоухость | 1 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 2 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 3 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 4 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Глухота | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Кондуктивная тугоухость | 1 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 2 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 3 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 4 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Глухота | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Смешанная тугоухость | 1 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 2 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 3 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 4 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Глухота | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |

      Отметить нужное

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Слуховой аппарат (есть ☐\нет ☐) | | Воздушной проводимости |  | АД |  | АС |  |
| Костной проводимости |  | АД |  | АС |  |
| Имплантируемая система (есть ☐/ нет☐) | | Среднего уха |  | АД |  | АС |  |
| Костной проводимости |  | АД |  | АС |  |
| Кохлеарной имплантации |  | АД |  | АС |  |
| Образовательное учреждение/Место работы | Дошкольное учреждение | общеобразовательное |  | Да |  | Нет |  |
| коррекционное |  | Да |  | Нет |  |
| Школьное учреждение | общеобразовательное |  | Да |  | Нет |  |
| коррекционное |  | Да |  | Нет |  |
| Высшее ☐/Среднее учебное заведение☐ |  | | Да |  | Нет |  |
| Место работы |  | | | | | |
| Неорганизован |  | | Да |  | Нет |  |

**Список сокращений формы № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента"**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | FiO2 | Индекс оксигенации |
| 2 | Hb | Гемоглобин |
| 3 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |
| 4 | Ps | Товарный знак для типа матричных штрихкодов |
| 5 | Rh | Резус фактор |
| 6 | SpO2 | Уровень насыщения крови кислородом |
| 7 | t0 | Температура тела |
| 8 | АД | Артериальное давление |
| 9 | АТIII | Антитромбин III |
| 10 | АЧТВ | Активированное частичное тромбопластиновое время |
| 11 | ВАШ | Визуально-аналоговая шкала |
| 12 | ГВ | Грудное вскармливание |
| 13 | ИВЛ | Искусственная вентиляция легких |
| 14 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 15 | КТ | Компьютерная томография |
| 16 | мл | Миллилитр |
| 17 | мм рт. ст. | Миллиметр ртутного столба |
| 18 | МИС | Медицинская информационная система |
| 19 | МО | Медицинская организация |
| 20 | Оценка делирия RASS | шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale |
| 21 | ПТИ | Протромбиновый индекс |
| 22 | РvО2 | Показатели газового состава крови |
| 23 | РаО2 | Показатели газового состава крови |
| 24 | СЗП | Свежезамороженная плазма |
| 25 | СМР | Средний медицинский персонал |
| 26 | Ф.И.О. (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |
| 27 | ЦВД | Центральное венозное давление |
| 28 | ЧДД | Частота дыхательных движений |
| 29 | ЧСС | Частота сердечных сокращений |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 2 к приказу |
|  | Приложение 1 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах**

**Форма № 012/у "Статистическая карта выбывшего из стационара" (круглосуточного, дневного) № \_\_\_\_\_**

      Общая часть:

      1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Ф.И.О. (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Дата рождения – "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_г.

      4. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Гражданство (справочник стран) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Житель



      города



      села   
       9. Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       10. Место работы/учебы/детского учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       11. Наименование страховой компании, № страхового полиса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       12. Тип возмещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       13. Социальный статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       14. Тип госпитализации



      впервые



      повторно   
       при плановой госпитализации указать:  
       Код госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Для специализированных стационаров дополнительно заполняется:  
       Цель госпитализации (онкологический профиль, наркологический профиль,   
       психиатрический профиль) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       15. Кем направлен пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       16. Наименование направившей МО (из регистра МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       17. Диагноз направившей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       18. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       19. Вид травмы:  
       1) Бытовая ,



, 2) Уличная



, 3) ДТП



, 4) Школьная



, 5) Спортивная



      20. Синдром жестокого обращения



из них:  
       1) оставление без внимания или заброшенность



, 2 )физическая жестокость



,   
       3) сексуальная жестокость



, 4) психологическая жестокость



, 5) другие   
       синдромы жестокого обращения



, 6)синдром неуточненного жестокого   
       обращения



      21. Госпитализирован:



      с лицом по уходу



      с кормящей матерью   
       22. Дата и время госпитализации  
       23. Отделение, палата №  
       24. Находился в реанимации  
       25. Профиль койки  
       26. Вид транспортировки  
       27. Исследование на ВИЧ  
       28. Группа крови, резус-фактор  
       29. Аллергические реакции  
       30. Побочное действие лекарств (непереносимость)



      нет



      да   
       название препарата, характер побочного действия  
       31. Диагноз заключительный клинический осложнения  
       Сопутствующее заболевание 1  
       Сопутствующее заболевание 2  
       Заполняется в стационарах:  
       1. Лист оказанных услуг и медикаментов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лист оказанных услуг   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | № | Код | Единица измерения | Количество |  | |  |  |  |  |  |     Лист использованных медикаментов в клиническом отделении   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | № | Код | Единица измерения | Количество |  | |  |  |  |  |  |     Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | № | Код | Единица измерения | Количество |  | |  |  |  |  |  |     Лист использованных медикаментов по реанимации   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № |  | Код | Единица измерения | Количество |  | |  |  |  |  |  |  | |

      2. Хирургическая операция

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата Время | Название и код операции | Анестезия (код) | Тип операции: 1-экстренная, 2-плановая | Послеоперационное осложнение | Специальная аппаратура (код) | Коды врачей |
| Хирургические операции | | | | | | |
|  | код наименование |  |  | код наименование |  | Хирург Ассистент |
|  | код наименование |  |  | код наименование |  | Хирург Ассистент |
|  | код наименование |  |  | код наименование |  | Хирург Ассистент |
|  | код наименование |  |  | код наименование |  | Хирург Ассистент |

      Применимо к стационарам, оказывающим помощь наркологическим пациентам:

      Вид употребляемого наркотика:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Вид наркотика | Срок регулярного употребления (год) | Возраст первой пробы наркотика | Способ употребления | Частота потребления |
| Основной наркотик |  |  |  |  |  |
| Другой наркотик (1) |  |  |  |  |  |
| Другой наркотик (2) |  |  |  |  |  |

      Применимо к стационарам, оказывающим помощь онкологическим пациентам:

      Локализация опухоли

      \*Примечание: не распространяется на коды С81 по С96 и D45 по D47

      Морфологический тип опухоли

      \*Примечание: не распространяется на коды С81 по С96 и D45 по D47

      Стадия опухолевого процесса

      Стадия по системе TNM

      \*Примечание: не распространяется на коды С81 по С96 и D45 по D47

      Локализация отдаленных метастазов\*:

      \*Примечание: не распространяется на коды С81 по С96 и D45 по D47

      для первичной опухоли запущенного процесса:.

      \*Примечание: не распространяется на коды С81 по С96 и D45 по D47

      при прогессировании процесса:

      \*Примечание: не распространяется на коды С81 по С96 и D45 по D47

      Метод подтверждения диагноза

      указать вариантность

      (С81-96 –группа риска)

      Характер проведенного лечения за период данной госпитализации:

      Объем лечения

      Причина неполного лечения

      Вид лечения. Лучевое лечение

      Дата начала курса лучевого лечения

      Способ облучения:

      Облучение внешнее



      Облучение сочетанное



      другие способы облучения   
       Вид лучевой терапии  
       Методы лучевой терапии:



      Непрерывная



      Фракционирование



      Фракционирование нетрадиционное



      Лучевая терапия   
       Использование радиомодификаторов: .  
       Суммарная очаговая доза облучения: на опухоль



      гр., на метастазы



      гр.   
       Осложнения лучевого лечения: .  
       Лучевой терапевт ID  
       Дата начала курса химиотерапевтического лечения  
       Вид химиотерапии: .  
       Применимо к стационарам, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь   
       пациентам:  
       Место родов  
       Беременность по счету №



      Характер родов  
       Которые по счету роды  
       Срок беременности на момент прерывания беременности, родов или смерти, недель  
       Виды аборта: \*при хирургическом.

**Сведения о новорожденном:**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата, время рождения |  |
| Ребенок родился |  |
| Пол ребенка |  |
| Доношенный/недоношенный |  |
| Физическое развитие ребенка при рождении | Рост      Вес      Окружность груди      Окружность головы |
| Скрининг на наследственную патологию |  |
| Аудиологический скрининг | Дата, результат |
| Офтальмологический скрининг | Дата, результат |
| Вакцинация | БЦЖ      да      нет ІПВ (ОПВ)      да      нет Гепатит      да      нет |
| Исход пребывания |  |
| Вид смерти по отношению к родам |  |
| Наименование диагноза |  |

      Новорожденный проходил лечение в роддоме



      да



      нет   
       Заключительная часть, заполняется в любых условиях оказания стационарной   
       помощи:  
       1. Исход пребывания  
       2. Исход лечения  
       3. Дата и время выписки (смерти)  
       4. Проведено койко-дней  
       Врач: Ф.И.О. (при его наличии), ID.  
       Заведующий отделением Ф.И.О. (при его наличии), ID.

**Список сокращений формы № 012/у "Статистическая карта выбывшего из стационара":**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)) |
| 2 | ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| 3 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 4 | МО | Медицинская организация |
| 5 | Ф.И.О. (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Вкладной лист 1 к статистической карте выбывшего из стационара |

**Карта пациента с острым коронарным синдромом № дата заполнения карты**

      ОКС:



      нет



      да



      с подъемом ST



      без подъема ST   
       1. ОКС с подъемом ST Локализация:



      передний



      нижний



      латеральный



      правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)



      неопределенная   
       2. ОКС без подъема ST Локализация:



      передний



      нижний



      латеральный



      правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)



      неопределенная   
       3. Дата и время проведения первого ЭКГ.  
       Время индексного события (начала симптомов ишемии) (время) (дд/мм/) /).  
       Время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/) (время   
       принятого вызова по сигнальной карте)  
       Время первого контакта с медицинским персоналом) (дд/мм/).  
       Место, где случилось событие



      дома



      на работе



      в общественном месте



      другое  
       Место прибытия:



      приемный покой



      ОРиИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)



      лаборатория (минуя приемное отделение, ОРиИТ/БИТ/ПИТ)   
       4. Факторы риска  
       Артериальная гипертензия



      нет



      да



      неизвестно   
       Сахарный диабет



      нет



      да (диетотерапия, пероральная терапия, инсулинотерапия)



      неизвестно  
       Курение



      нет



      да (иногда, постоянно)



      неизвестно   
       Алкоголь (наркомания)



      нет



      да (иногда, постоянно)



      неизвестно   
       Избыточная массса тела



      нет



      да



      неизвестно   
       Низкая физическая активность



      нет



      да



      неизвестно   
       Дислипидемия



      нет



      да



      неизвестно   
       Наследственная предрасположенность



      нет



      да



      неизвестно   
       Случаи внезапной смерти в семье



      нет



      да



      неизвестно   
       Другие



      нет



      да



      неизвестно   
       5. Предшествующий кардиальный анамнез  
       Перенесенный инфаркт миокарда



      нет



      да



      неизвестно   
       Фибрилляция предсердий



      нет



      да



      неизвестно   
       Стабильная стенокардия напряжения



      нет



      да



      неизвестно   
       Нестабильная стенокардия



      нет



      да



      неизвестно   
       АКШ/ТКА



      нет



      да



      неизвестно   
       АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)



      нет



      да



      неизвестно   
       ЭКС/ИКД /СРТ (подчеркнуть)



      нет



      да



      неизвестно   
       Болезни клапанов сердца



      нет



      да



      неизвестно   
       Кардиомиопатия



      нет



      да



      неизвестно   
       Хроническая сердечная недостаточность



      нет



      да (NYNA ФК



      I,



      II,



      III,



      IV)



      неизвестно   
       6. Сопутствующая некардиальная патология  
       ОНМК



      нет



      (



      1 - геморрагический инсульт,



      2 - инфаркт мозга,



      3-транзиторная ишемическая атака)



      неизвестно   
       Хроническая болезнь почек (ХБП)



      нет



      да



      неизвестно   
       Болезни периферических сосудов/аневризма аорты



      нет



      да



      неизвестно   
       Онкологические заболевания последние 5 лет



      нет



      да



      неизвестно   
       Болезни ЖКТ (язвы, эрозии,)



      нет



      да



      неизвестно   
       ХОБЛ



      нет



      да



      неизвестно   
       Другие заболевания, ухудшающие качество жизни



      нет



      да



      неизвестно   
       Семейный анамнез



      нет



      да



      неизвестно   
       7. Текущее состояние при поступлении  
       Симптомы  
       Дискомфорт/боль в грудной клетке



      нет



      да



      неизвестно   
       Одышка



      нет



      да



      неизвестно   
       Остановка сердца



      нет



      да



      неизвестно   
       Синкопе



      нет



      да



      неизвестно   
       Гипотензия



      нет



      да



      неизвестно  
       Слабость



      нет



      да



      неизвестно   
       Другие симптомы



      нет



      да



      неизвестно   
       Бессимптомное течение



      нет



      да



      неизвестно   
       8. Физикальные данные (при поступлении)  
       ЧСС



      уд.в мин   
       АД систолическое



      мм.рт.ст. диастолическое



      мм.рт.ст.,   
       среднее АД



      мм.рт.ст.   
       9. Сердечная недостаточность (СН) класс по Killip при поступлении



      I,



      II ,



      III,



      IV



      неизвестно   
       Анализ крови (при поступлении)  
       Вч-Тропонин I/T (при поступлении)



      нет



      да



      а) Вч-Тропонин I/T (максимальное значение)  
       МВ-КФК



      нет



      да   
       d – димер



      нет



      да   
       BNP/pro BNP



      нет



      да   
       Гемоглобин



      нет



      да   
       Гематокрит



      нет



      да   
       Тромбоцит



      нет



      да   
       Глюкоза



      нет



      да   
       Липидный спектр



      нет



      да, ЛПНП



      нет



      да, ЛПВП



      нет



      да, ТГ



      нет



      да)   
       Креатинин



      нет



      да



      мкмоль/л   
       Скорость клубочковой фильтрации креатинина\_\_\_\_\_\_\_\_\_(автоматический расчет)  
       Калий



      нет



      да   
       Магний



      нет



      да   
       Кальций



      нет



      да   
       10. Инструментальные методы исследования  
       ЭКГ (при поступлении/ в динамике)



      нет



      да   
       Ритм



      синусовый



      фибрилляция предсердий



      ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)



      др.



      неизвестно   
       QRS



      норма



      блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)



      блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)



      др.



      неизвестно   
       ST Т



      с подъемом сегмента ST



      без подъема сегмента ST



      инверсия зубца Т



      нормальная ЭКГ



      др.



      неизвестно   
       ЭхоКГ (при поступлении)



      нет



      да



      фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N (>50%)



      незначительное снижение (41-50%)



      умеренное снижение (31-40%)



      выраженное снижение (<30%)



      не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)   
       Наличие зон нарушенной локальной сократимости:



      нет



      да (



      гипокинезия,



      -акинезия)   
       КТ



      нет



      да   
       МРТ



      нет



      да   
       11. Шкалы рисков:  
       Шкала риска ишемии GRACE (категории риска при поступлении)



      нет



      да

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Клинические признаки |  | Баллы |
| Возраст (лет) | <30  30-39  40-49  50-59  60-69  70-79  80-89  >90 | 0  8  25  41  58  75  91  100 |
| Частота сердечных сокращений (ударов в минуту) | <50  50-69  70-89  90-109  110-149  150-199  >200 | 0  3  9  15  24  38  46 |
| Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.) | <80  80-99  100-119  120-139  140-159  160-199  >200 | 58  53  43  34  24  10  0 |
| Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л) | 0-35.3  35-70  71-105  106-140  141-176  177-353  >354 | 1  4  7  10  13  21  28 |
| Класс сердечной недостаточности (по классификации Killip) | I  II  III  IV | 0  20  39  59 |
| Остановка сердца (на момент поступления пациента) | да | 39 |
| Девиация сегмента ST | да | 28 |
| Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов | да | 14 |

      Количество баллов



      Электронный калькулятор GRACE http://www.outcomes.org/grace  
       Электронный калькулятор GRACE 2 (используется при отсутствии данных об уровне   
       креатинина и классах тяжести по Кillip)   
       http://www.gracescore.org/WebSite/WebVersion.aspx  
       Общее количество баллов





      Высокий >140 баллов



      Средний 109 – 140 баллов



      Низкий <108 баллов   
       Клиническая оценка риска пациентов  
       стратификация риска пациентов с ОКСбп ST:



      нет



      да   
       критерии очень высокий риска



      нет



      да



      гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок



      рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к   
       медикаментозному лечению



      жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца



      механические осложнения ИМ



      острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением   
       сегмента ST



      повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т, особенно с преходящей   
       элевацией сегмента ST   
       Критерии высокого риска



      нет



      да



      Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ



      динамические изменения сегмента ST или зубца Т (симптомные или асимптомные)



      Сумма баллов по шкале GRACE >140   
       Критерии промежуточного риска



      нет



      да



      Сахарный диабет



      Почечная недостаточность (СКФ <60 мл/мин/1,73м2)



      устойчивая к медикаментозному лечению



      ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность



      Ранняя постинфарктная стенокардия



недавнее проведение ЧКВ



      предшествующее АКШ



      <140 (Сумма баллов по шкале риска GRACE >109 и <140)   
       Критерии низкого риска



      нет



      да



      Любые характеристики, не перечисленные выше (нет повторных симптомов ишемии,   
нет изменений. ЭКГ, нет повышения уровня тропонинов)   
       Шкала риска кровотечения CRUSADE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель (предиктор) | Интервал значений | Баллы |
| Исходный гематокрит (%) | < 31  31-33.9  34-36.9  37-39.9  > 40 | 9  7  3  2  0 |
| \*Клиренс креатинина | < 15  >15-30  >30-60  >60-90  >90-120  >120 | 39  35  28  17  7  0 |
| Частота сердечных сокращений (уд/мин) | < 70  71-80  81-90  91-100  101-110  111-120  > 121 | 0  1  3  6  8  10  11 |
| Пол | Мужской  Женский | 0  8 |

      CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE

электрондық): http://www.crusadebleedingscore.org/

      общее количество баллов



      риск кровотечений CRUSADE



      нет



      да   
       12. Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений (при   
фибрилляции предсердий)  
       Общее число баллов:



      (при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта (необходимо назначить   
антикоагулянтную терапию)   
       13. Лечение

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Получал до поступления | Назначено и получал в стационаре | |
| первые сутки госпитализации (до 24 часов) | позже 24 часов |
| Ацетилсалициловая кислота | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Тикагрелор | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Клопидогрел | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| \* Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| НФГ (гепарин) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Фонда паринукс | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| ТМГ(эноксапарин) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| \*Бивалирудин (только при наличии в анамнезе гепарининдуцированной тромбоцитопении) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| b-блокаторы (метопролол в ампулах) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| b-блокаторы (метопролол-тартрат) короткого действия | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Нитроглицерин (таблетки\*ампулы,аэрозоль) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Нитраты короткого действия (мононитраты) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
|  | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| ИАПФ короткого действия | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Наркотический анальгетик (морфин в ампулах) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Статины | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Амиодарон | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Другие антиаритмики | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Инсулин | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Сахароснижающие препараты | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты\*\* | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Антагонисты альдостерона (Спиронолактон /\*эклеренон | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Диуретики | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Инотропы (\*добутамин, левосеминдан, допамин, \*норадреналин) | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Дигоксин | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Кардиоверсия дефибриляция | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| Механические устройства поддержки кровообращения | да      нет      неизвестно | да Экстракорпоральная мембранная оксигенация      Impella      Внутриаортальная баллонная контрпульсация      другие          неизвестно | да Экстракорпоральная мембранная оксигенация      Impella      Внутриаортальная баллонная контрпульсация      другие      неизвестно |
| гипотермия | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |
| ИВЛ | да      нет      неизвестно | да      неизвестно | да      неизвестно |

      \* Непатентованное название препаратов

      \*\*Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

      \*\*\*Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Буква | Клиническая характеристика | Баллы |
| Н | Гипертензия | 1 |
| А | Нарушение функции почек и (1 балл каждое) | 1+1 |
| S | Инфаркт мозга | 1 |
| B | Кровотечение | 1 |
| L | Лабильное МНО | 1 |
| Е | Пожилой возраст (>66 лет) | 1 |
| D | Лекарства или алкоголь (1 балл каждое) | 1+1 |
| Максимальное число баллов | | 9 |

      Общее число баллов:



      (при сумме баллов 3 и более есть риск развития кровотечения (необходимо с   
осторожностью назначать антикоагулянтную терапию)   
       14. Тромболитическая терапия



      нет   
       Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия



      позднее обращение (более 12 часов)



      противопоказания



      абсолютные



      относительные



      нет ЭКГ критериев



      первичное ЧКВ



      да   
       время начала проведения тромболизисной терапии (дд/мм/) /).  
       время окончания проведения тромболизисной терапии (дд/мм/).  
       15. Этап проведения тромболитической терапии



      Догоспитальный



      Госпитальный



      приемный покой



      ПИТ/БИТ



      др.



      неэффективная



      эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные   
аритмии   
       16. Препарат  
       а) тип препарата:



      фибринспецифичный



      нефибринспецифичный   
       б) наименование препарата:



      актилизе



      тенектеплаза



      ретеплаза



      др.   
       в) доза



      полная доза



      половинная доза   
       Наличие осложнений тромболизиса



      нет



      да   
       Коронароангиография



      Да Дата .   
       Название код услуги



      нет



      неизвестно   
       Сосудистый доступ:



      радиальный



      бедренный   
       Нормальная КАГ:



      нет



      да   
       Если нет:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ствол ЛКА | ПНА | ОВ | ПКА | Шунт | др. |
| окклюзия |  |  |  |  |  |  |
| стеноз>50% |  |  |  |  |  |  |
| стеноз<50% |  |  |  |  |  |  |
| коронароспазм |  |  |  |  |  |  |
| Инфаркт зависимая артерия |  |  |  |  |  |  |
| Интактные |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

      Многососудистое поражение



      0,



      1



      2,



      3 (и более)



      неизвестно   
       Кровоток по TIMI в ИЗА или симптомном сосуде:



      0



      1



      2



      3   
       Выбор метода реваскуляризации (в случае необходимости)  
       Syntax шкаласы (Шкала Syntax)



      нет



      да   
       общее количество баллов



      Выбор консилиума "группа Сердце"



      нет



      да   
       Чрескожное коронарное вмешательство  
       Название код операции  
       Дата и время раздувания баллона/установки стента .



      ОКС с подъемом ST:



      Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания



      неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса



      ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)



      избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии   
       миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)



      без реперфузионного лечения



      ОКС без подъема ST:



      срочное ЧКВ <2часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы   
ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожаюшие   
аритмии ЖТ/ФЖ)



      ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и   
баллы по шкале GRACE >140 баллов)



      поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и   
баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)



      (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ствол ЛКА | ПНА | ОВ | ПКА | Шунт | др. |
| Стент с покрытием |  |  |  |  |  |  |
| Стент без покрытия |  |  |  |  |  |  |
| Аспирация тромба |  |  |  |  |  |  |
| Только баллонная ангиопластика |  |  |  |  |  |  |
| Измерение Фракционного резерва кровотока и других исследований |  |  |  |  |  |  |
| Степень восстановления коронарного кровотока по критериям TIMI-III в ИЗА или симптомном сосуде | 0,      1,      2,      3 | 0,      1,      2,      3 | 0,      1,      2,      3 | 0,      1,      2,      3 | 0,      1,      2,      3 | 0,      1,      2,      3 |

      Рестеноз внутри стента



      нет



      да   
       Вовлечение бифуркаций



      нет



      да   
       Применение тромбоэктомических устройств:



      нет



      да



      неизвестно   
       17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ



      нет



      да



      тромбоз стенда



      периоперационный ИМ



      кровотечение



      мозговой инсульт



      контраст индуцированная нефропатия



      пульсирующая гематома в области бедренного доступа



      неизвестно



      смерть



      неизвестно   
       Успешное ЧКВ:



      нет



      да



      неизвестно   
       Полная реваскуляризация:



      нет



      да



      неизвестно   
       более 1 процедуры во время стационарного лечения:



      нет



      да



      неизвестно   
       аорто-коронарное шунтирование



      нет



      да



      неизвестно   
       название код. код. код операции



      нет



      Да дата начала АКШ .



      экстренно



      до 4-6 часов от начала заболевания



      до 24 часов



      свыше 72 часов   
       Шунты:



      вена



      ЛГА



      ПГА



      др.   
       осложнения, связанные с операцией:



      периоперационный ИМ



      неврологический дефицит



      кровотечение



      нарушение ритма и проводимости сердца



      медиастенит



      нестабильность грудины



      другие   
       имплантация электрокардиостимулятора



      нет



      да



      экстренная



      плановая   
       название код. код. код операции



      временный ЭКС



      однокамерные



      двухкамерные



      постоянный ЭКС



      однокамерные



      двухкамерные



      другое   
       имплантация Кардиовертела-дефибриллятора



      нет



      да



      неизвестно



      экстренная



      плановая   
       название код. код. код операции  
       Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ)



      Нет



      да   
       Название и код операции код. код.  
       Другие операции:



      нет



      да



      неизвестно



      экстренная



      плановая   
       название код. код. код операции  
       18. Осложнения на госпитальном этапе.  
       СН класс по Killip



      I



      II



      III



      IV



      неизвестно

|  |  |
| --- | --- |
| Рецидив ИМ | нет      да      неизвестно |
| ФП (впервые возникшая) | нет      да      неизвестно |
| ЖТ | нет      да      неизвестно |
| АВ блокада II-III ст. | нет      да      неизвестно |
| Механические осложнения\* | нет      да      неизвестно |
| Инсульт | нет      да      неизвестно |
| Кровотечения | нет      да      неизвестно |
| Трансфузия крови | нет      да      неизвестно |
| Низкий гемоглобин | нет      да      неизвестно |
| ОПН (контраст-индуцированная) нефропатия) | нет      да      неизвестно |
| другие | нет      да      неизвестно |

      19. Операции при механических осложнениях ИМ



      нет



      да дата   
       название код. код. код операции  
       20. Исследования при выписке  
       ЭКГ при выписке:



      синусовый



      ФП



      новый ИМ с подъемом ST



      нет изменений   
       ЭХоКГ при выписке



      фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N (>50%)



      незначительное снижение (41-50%)



      умеренное снижение (31-40%)



      выраженное снижение (<30%)



      не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка   
       СН класс по Killip при выписке



      I



      II



      III



      IV



      неизвестно   
       Стресс тест при выписке:



      нет



      да



      стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),



      стресс ЭхоКГ)



      Результат теста отрицательный



      Результат теста положительный (стресс-индуцированная ишемия миокарда)   
       Другие диагностические исследования:



      нет



      да



      при ОКС без подъема низкого риска



      МРТ



      другое   
       21. Заключительный диагноз:  
       Диагноз, код Тип инфаркта  
       22. Заключительный клинический диагноз

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Диагнозы | код | Тип инфаркта |
| Заключительный клинический диагноз | код. код. | 1. |  |
| 2. |  |
| Осложнения\* | код. код. |  |  |
| Сопутствующее заболевание 1 | код. код. |  |  |
| Сопутствующее заболевание 2 | код. код. |  |  |

      \*В случае хронической сердечной недостаточности ХСН (функциональный класс по NYNA)



      I,



      II,



      III,



      IV   
       Исходы ОКС:



      ИМ с подъемом ST (трансмуральный)



      прерванный ИМ



      ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)   
       другие заболевания:



      тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)



      расслаивающая аневризма аорты



      кардиомиопатия такотсубо



      Миокардит



      другие диагнозы

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 2 к статистической карте выбывшего из стационара |

**Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения № дата заполнения карты**



      ишемический



      геморрагический



      транзиторная ишемическая атака   
       состоит ли пациент на Д учете



      нет



      да



      неизвестно   
       Принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию



      нет



      да



      неизвестно   
       антикогаулянтную терапию



      нет



      да



      неизвестно   
       антиагрегантную терапию



      нет



      да



      неизвестно   
       статины



      нет



      да



      неизвестно   
       Подтип ишемического инсульта:



      атеротромботический



      артерио-артериальные эмболии



      тромбозы мозговых сосудов



      кардиоэмболический



      гемодинамический



      лакунарный



      по типу гемореологической микроокклюзии   
       Время первых симптомов ОНМК от индексного события (время):  
       Место, где случилось событие:



      дома



      на работе



      в общественном месте



      др.  
       Факторы риска  
       Артериальная гипертензия



      нет



      да



      неизвестно   
       Сахарный диабет



      нет



      да



      неизвестно   
       Заболевания крови



      нет



      да



      неизвестно   
       Стенозирующие изменения магистральных сосудов



      нет



      да



      неизвестно   
       Курение



      нет



      да



      неизвестно   
       Алкоголь



      нет



      да



      неизвестно   
       Избыточная массса тела



      нет



      да



      неизвестно   
       Дислипидемия



      нет



      да



      неизвестно   
       Наследственная предрасположенность



      нет



      да



      неизвестно   
       Случаи внезапной смерти в семье



      нет



      да



      неизвестно   
       Гормональная заместительная терапия



      нет



      да



      неизвестно   
       Беременность



      нет



      да



      неизвестно   
       Контрацептивы



      нет



      да



      неизвестно   
       Другие  
       Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез  
       Предшествующий диагноз инсульта



      нет



      да



      неизвестно)   
       Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки



      нет



      да



      неизвестно   
       Перенесенный инфаркт миокарда



      нет



      да



      неизвестно   
       Ишемическая болезнь сердца



      нет



      да



      неизвестно  
       АКШ/ТКА



      нет



      да



      неизвестно   
       АКШ/ЧКВ



      нет



      да



      неизвестно   
       ЭКС/ИКД



      нет



      да



      неизвестно   
       Болезни клапанов сердца



      нет



      да



      неизвестно   
       Кардиомиопатия



      нет



      да



      неизвестно  
       Хроническая сердечная недостаточность



      нет



      да (NYNA ФК



      I,



      II,



      III,



      IV)



      неизвестно   
       Фибрилляция предсердий



      нет



      да



      неизвестно   
       Мерцательная аритмия



      нет



      да



      неизвестно   
       Уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, Балл:





      от 15 баллов – сознание ясное



      от 13 до 14 - оглушение умеренное



      от 10 до 12 - оглушение глубокое



      от 8 до 9 – сопор



      от 6 до 7-кома умеренная



      от 4 до 5 - кома глубокая



      от 3 - кома терминальная   
       Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS:



      дефицит минимальный



      дефицит средний



      дефицит тяжелый



      дефицит крайне тяжелый   
       Указать балл по шкале NIHSS



      Шкала Рэнкина



      11 степень- отсутствие признаков инвалидности



      2 степень- наличие легких признаков инвалидности



      3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности



      4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности



      5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности   
       Может выпить глоток воды без затруднений:



      нет



      да   
       Проведена ли Компьютерная Томография? (КТ):



      нет



      да; дата .   
       а) инфаркт в текущий момент:



      нет



      да   
       б) кровоизлияние в текущий момент:



      нет



      да, уточните характер кровоизлияния:



      субарахноидально



      паренхиматозное



      ствол мозга



      вентрикулярное



      субтенториальное   
       Проведена ли КТА?:



      нет



      да   
       Аневризма



      нет



      да   
       АВМ



      нет



      да   
       Стеноз сосудов



      нет



      да   
       Окклюзию сосуда)



      нет



      да   
       Проведена ли МРТ?



      нет



      да Дата .   
       инфаркт



      нет



      да   
       кровоизлияние



      нет



      да аневризма



      нет



      да   
       АВМ



      нет



      да   
       стеноз сосуда



      нет



      да   
       тромбоз сосуда



      нет



      да   
       Медикаментозная терапия  
       тромболитическая терапия



      нет



      да   
       Гипотензивная терапия



      нет



      да   
       Антиагрегантная терапия



      нет



      да   
       Антикоагулянтная терапия



      нет



      да   
       Статины



      нет



      да   
       Есть ли карта индивидуальной программы реабилитации?



      нет



      да   
       Консульттации каких специалистов МДК были проведены?



      невролог



      нейрохирург



      реабилитолог



      логопед



      эрготерапевт



      психиатр



      иглорефлексотерапевт



      кинезиотерапевт   
       Какие базовые мероприятия были проведены в индивидуальной программе   
реабилитации пациента?



      позиционирование



      поэтапная вертикализация



      ЛФК индивидуально   
       Проводились ли занятия при нарушении речи с логопедом?



      только диагностика



      занятия по восстановлению речи, чтения, письма   
       Проводились ли занятия при двигательных нарушениях?



      занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания



      индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних   
конечностей



      биоуправление/БОС,



      физиотерапия   
       Определение реабилитационного потенциала



      благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)



      неблагоприятный (уход на дому)   
       Тесты по оценке состояния перед реабилитацией:  
       а) индекс Бартеля указать балл





      нет



      да заключение



      от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного



      от 25 до 65 — выраженной зависимости



      от 65 до 90 — умеренной зависимости



      от 91 до 99 — легкой зависимости



      100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности   
       б) Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) Мini-Mental State Examination   
(MMSE)



      нет



      да заключение



      нет нарушений когнитивных функций



      преддементные когнитивные нарушения



      деменция легкой степени выраженности



      деменция умеренной степени выраженности



      тяжелая деменция  
       в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл





      нет



      да заключение



      от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение   
действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени;



      от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);



      11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления)   
       г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина



      нет



      да заключение   
       указать балл





      1 степень- отсутствие признаков инвалидности



      2 степень- наличие легких признаков инвалидности



      3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности



      4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности



      5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности   
       Была ли проведена системная тромболитическая терапия?



      нет, причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия



      да, дата и время начала терапии. Какая доза использовалась?



      доза



      Наличие осложнений после тромболизиса



      нет



      да, указать какие   
       Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса  
       Балл по шкале NIHSS



      Оценка состояния на 7 сутки после проведения тромболизиса  
       Балл по шкале NIHSS



      Проводилась ли механическая тромбэкстракция?



      нет



      да   
       дата и время начала терапии.



      дата и время начала терапии.   
       Название нейрохирургической операции  
       Код операции



      нет



      да дата (дд/мм/) .



      до 6 часов от начала заболевания



      до 24 часов



      свыше 72 часов   
       Осложнения, связанные с операцией:  
       код наименование  
       а) Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS после операции, балл





      0-3- дефицит минимальный



      4-10: дефицит средний



      10-21: дефицит тяжелый



      >21: дефицит крайне тяжелый   
       б) индекс Бартеля указать балл





      нет



      да заключение



      от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного



      от 25 до 65 — выраженной зависимости



      от 65 до 90 — умеренной зависимости



      от 91 до 99 — легкой зависимости



      100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности   
       в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл





      нет



      да заключение



      от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение   
действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);



      от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);



      11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления).   
       г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл





      нет



      да заключение   
       текста.



      1 степень- отсутствие признаков инвалидности



      2 степень- наличие легких признаков инвалидности



      3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности



      4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности



      5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности   
       Находился в нейрореанимации (ПИТ/БИТ):



      нет,



      да количество дней



|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3 к приказу |
|  | Приложение 2 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях**

**Форма № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу" №\_\_\_от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ год**

      1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Дата рождения \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год

      6. Пол ☐ мужской ☐ женский

      7. Гражданство (справочник стран) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Житель ☐ города ☐ села

      9. Адрес регистрации по месту постоянного жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Адрес фактического проживания/пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. Место проживания/пребывания лица на момент освидетельствования (выбрать

      одно из полей для оказания государственной услуги с выездом или заочно):

      ☐ в доме ребенка, интернате, специализированных организациях для детей

      ☐ в медико-социальных учреждениях (организациях) социальной защиты

      ☐ в учреждениях уголовно-исполнительной системы

      ☐ на дому

      ☐ в стационаре

      ☐ заочно

      12. Прикрепление к медицинской организации по РПН:

      13. Дата прикрепления \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_год

      Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      14. Номер мобильного телефона пациента или законного представителя

      (зарегистрированный в БМГ) +7 (\*\*\*) (\*\*\*\*\*\*\*)

      15. Данные законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) при наличии:

      ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      16. Наименование направившей медицинской организаций (из регистра МО)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      17. Адрес МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      18. Группа инвалидности (при наличии ранее установленного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      19. Степень утраты общей трудоспособности (при наличии ранее установленного)

      \_\_\_\_\_\_\_\_%

      20. Степень утраты профессиональной трудоспособности (при наличии ранее

      установленного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_%

      21. Место работы (для работающих лиц) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      22. Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      23. Основная профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      24. Место учебы (для школьников, студентов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      25. Курс/класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      26. Дошкольное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      27. Дата взятия под наблюдением медицинской организаций "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_год

      28. Клинико-трудовой анамнез, диагностика, лечебные мероприятия

      29. Анамнез заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения,

      частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение в настоящее

      время (в т.ч. противорецидивное), эффективность (динамика антропометрических,

      гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом

      статусе, общая оценка результатов лечения и медицинской реабилитации):

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      30. Состоит ли пациент на диспансерном учете

      ☐ нет

      ☐ да (указать все диагнозы по диспансерному учету):

      Диагноз (Код МКБ)\_\_\_\_\_\_

      Дата взятия на диспансерный учет \_\_\_\_\_

      Дата снятия с диспансерного учета \_\_\_\_\_\_

      31. При наличии травмы: тип травмы (выбрать одно из полей):

      ☐ бытовая

      ☐ производственная

      ☐ уличная (кроме дорожно-транспортной)

      ☐ дорожно-транспортная

      ☐ школьная

      ☐ спортивная

      ☐ прочие дата получения травмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      32. Физиологические параметры на момент заполнения формы № 031/у:

      АД \_\_\_\_\_\_ миллиметр ртутного столба

      ЧСС \_\_\_\_\_ минут Пульс \_\_\_\_минут

      ЧДД \_\_\_\_ минут

      Температура тела \_\_\_\_

      Рост \_\_\_\_ сантиметр

      Вес \_\_\_\_\_ килограмм

      Объем бедра \_\_\_\_ сантиметр

      Объем талии \_\_\_\_ сантиметр

      33. Изменение условий труда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      34. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № листа или справки о временной нетрудоспособности | с \_\_ \_\_\_\_\_  20 \_\_\_ года | по \_\_\_ \_\_  20\_\_ года | Число календарных дней нетрудоспособности | Код по МКБ-10 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Всего календарных дней |  |

      35. План реабилитационных мероприятий:

      - мероприятия по медицинской реабилитации

      - обеспечение протезно-ортопедическими средствами

      - обеспечение сурдотехническими средствами

      - обеспечение тифлотехническими средствами

      - обеспечение специальными средствами передвижения

      - обеспечение обязательными гигиеническими средствами

      - предоставление услуг индивидуального помощника

      - предоставление услуг специалиста жестового языка

      - санаторно-курортное лечение

      - оказание специальных социальных услуг

      - содействие в трудоустройстве

      - содействие в обучении/переобучении.

      36. Результаты консультации специалистов с указанием жалоб, данных объективного

      обследования с отражением степени нарушения функций организма, диагнозов и

      рекомендаций. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля

      заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим

      протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме 031/у в

      электронном виде, с указанием:

      Наименования услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты проведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования медицинской организации (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      37. Результаты клинического, лабораторного, рентгенологического и других

      исследований. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля

      заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим

      протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме 031/у в

      электронном виде, с указанием:

      Наименования услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты проведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      38. Результаты о пролеченном (-ых) случае(-ях) стационарного,

      стационарозамещающего лечения, лечения в реабилитационных центрах в

      зависимости от профиля заболевания, с указанием динамических изменений в

      состоянии пациента; возникших осложнений в ходе лечения; резюмирования

      результатов лабораторных исследований, консультаций; рекомендаций с учетом

      реабилитационного потенциала, реабилитационного диагноза и шкалы

      реабилитационного маршрута. Медицинские документы прилагаются к форме 031/у в

      электронном виде, с указанием:

      Номера выписки из истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      39. Результаты активного посещения пациента, вызывавшего скорую/неотложную

      медицинскую помощь. Медицинские документы прилагаются к форме 031/у в

      электронном виде, с указанием:

      Даты активного посещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      40. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ:

      41. Основной диагноз (код МКБ 10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Основной диагноз (текст) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      42. Осложнение (код МКБ 10) (указать имеющиеся осложнения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Осложнение (текст) (указать имеющиеся осложнения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      43. Диагноз сопутствующего заболевания (код МКБ 10):

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Диагноз сопутствующего заболевания (текст) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      44. Цель направления на МСЭ:

      ☐ установление инвалидности

      ☐ переосвидетельствование

      ☐ досрочное переосвидетельствование

      ☐ установление степени утраты общей трудоспособности:

      ☐ первично

      ☐ повторно

      ☐ установление степени утраты профессиональной трудоспособности:

      ☐ первично

      ☐ повторно

      ☐ изменение причины инвалидности

      ☐ формирование или коррекция ИПР

      ☐ необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в

      дополнительных видах помощи и уходе.

      45. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК или лица его

      замещающего.

      46. Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача, заполнившего форму 031/у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      47. Quick Response code (QR код) медицинской организации (код быстрого отклика).

      48. Согласие на сбор, обработку и передачу персональных данных и сведений,

      составляющих охраняемую законом тайну пациента, необходимых для установления

      инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и (или) определения

      необходимых мер социальной защиты (в случаях оказания государственной услуги с

      выездом или заочно):

      ☐ да Дата получения ответа от пациента или законного представителя: дд.мм.гггг

      Ответ, полученный от пациента или законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Номер мобильного телефона отправителя: +7 (\*\*\*) (\*\*\*\*\*\*\*)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Извещение об экспертном заключении МСЭ № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ к форме 031/у №\_\_\_от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.**

      1. Наименование МО (направившей) (из регистра МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Дата вынесения экспертного заключения \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

      3. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Дата рождения \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

      8. Клинико-экспертный диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Основной диагноз (наименование, Код МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Экспертное заключение МСЭ:

      группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      срок инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      срок зачтен с \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

      дата переосвидетельствования \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

      10. Степень утраты общей трудоспособности (УОТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

      срок степени УОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. Степень утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

      причина УПТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      срок степени УПТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      дата переосвидетельствования степени УПТ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

      12. Рекомендации в социальной и (или) профессиональной части ИПР инвалида № \_\_

      по социальной реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      по профессиональной реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      13. Обоснование возврата документов с указанием причин

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      14. Номер Акта медико-социальной экспертизы №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      15. Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/МК МСЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Примечание 1. Заключение на МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается

      ЭЦП председателя ВКК.

      Примечание 2. Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в

      электронном виде и подписывается ЭЦП руководителем отдела МСЭ.

      Список сокращений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ID | Идентификатор (ЭЦП, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |
| 2 | РПН | Регистр прикрепленного населения |
| 3 | БМГ | База мобильных граждан |
| 4 | АД | Артериальное давление |
| 5 | ЧСС | Частота сердечных сокращений |
| 6 | ЧДД | Частота дыхательных движений |
| 7 | ВКК | Врачебно-консультативная комиссия |
| 8 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 9 | ИПР | Индивидуальная программа реабилитации |
| 10 | МСЭ | Медико-социальная экспертиза |
| 11 | МО | Медицинская организация |
| 12 | Отдел МСЭ | Отдел медико-социальной экспертизы |
| 13 | Отдел МК МСЭ | Отдел методологии и контроля МСЭ |
| 14 | Ф.И.О. (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |
| 15 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |
| 16 | УОТ | Утрата общей трудоспособности |
| 17 | УПТ | Утрата профессиональной трудоспособности |
| 18 | МКБ | Международная классификация болезней |
| 19 | QR код | Quick Response code |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 4 к приказу |
|  | Приложение 2 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях**

**Форма № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации инвалида"**

**№\_\_\_от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ год**

      1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ год

      6. Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Место работы/место учебы/дошкольное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. ИПР разработан: впервые ; повторно

      12. Реабилитационный диагноз (МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      13. Для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и

      кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей

      реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с

      международными критериями) (в баллах)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | До реабилитации (в баллах) | | После реабилитации (в баллах) | |
| Код критерия МКФ b | Код критерия МКФ d | Код критерия МКФ b | Код критерия МКФ d |
|  |  |  |  |  |

      14. Для пациентов других профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | Прогноз \* | Потенциал \*\* |
|  |  |  |

      \*- выбор значения из: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный \*\*- выбор значения из: высокий, средний, низкий, отсутствует 15. Этап медицинской реабилитации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | Номер этапа реабилитации | Уровень проведения (амбулаторный, стационарный) |
|  |  |  |

      16. Мероприятия по проведенной и планируемой медицинской реабилитации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип реабилитации\*\*\* | Дата проведения | Наименование проведенного мероприятия | Примечание | Планируемые мероприятия с указанием периодичности и длительности проведения |
|  |  |  |  |  |

      \*\*\* - выбор значения из: физическая реабилитация, физиотерапия, психокоррекция,

эрготерапия, консультация социального работника, обучение пациента, реконструктивная

хирургия, реабилитация в дневных стационарах, круглосуточных стационарах,

реабилитационных центрах, стационарах на дому, санаторно-курортное лечение,

дополнительные услуги

      17. Оценка результатов медицинской реабилитации (выбрать одно из полей):

      ☐ полное восстановление нарушенных функций

      ☐ частичное восстановление нарушенных функций

      ☐ полная компенсация нарушенных функций

      ☐ частичная компенсация нарушенных функций

      ☐ отсутствие положительного результата

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде. Медицинской

      части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется медицинской

      информационной системой в автоматизированном режиме.

      Список сокращений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |
| 1 | ВКК | Врачебно-консультативная комиссия |
| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 3 | ИПР | Индивидуальная программа реабилитации |
| 4 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |
| 5 | МКБ | Международная классификация болезней |
| 6 | МКФ | Международная классификация функционирования |
| 7 | МКФ b | Функции организма пациента |
| 8 | МКФ d | Активность и участие в обеспечении самого себя |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 5 к приказу |
|  | Приложение 2 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях**

**Форма № 041/у "Медицинское свидетельство о рождении № \_\_\_\_ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)" Дата выдачи "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.**

      1. ИИН

      2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери

      (в соответствии с документами, удостоверяющими личность, в случаях их отсутствия - данные заполняются со слов матери)

      3. Адрес (место постоянного жительства матери)

      4. Дата рождения матери

      5. Национальность матери

      6. Семейное положение матери

      7. Образование матери

      8. Дата и время родов

      9. Место родов

      10. Пол ребенка

      10-1. Ребенок родился: при одноплодных родах

      - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах - 4

      10-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3

      10-3. Масса ребенка при рождении и рост (см).

      10-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

      11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача,

      (среднего медицинского работника)

      Идентификатор медицинской Идентификатор медицинского организации или физического лица, работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ занимающегося частной медицинской практикой

      К сведению родителей

      В соответствии со статьей 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" регистрация ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее трех рабочих дней со дня его рождения.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6 к приказу |
|  | Приложение 3 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно - поликлинических организациях**

**Форма № 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента" № \_\_\_\_**

      Общая часть.

      Паспортные данные

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения дата месяц год

      4. Пол



      мужской



      женский   
       5. Возраст  
       6. Национальность  
       7. Житель



      города



      села   
       8. Гражданство  
       9. Адрес проживания  
       10. Место работы/учебы/детского учреждения  
       Должность Образование  
       11. Наименование страховой компании, № страхового полиса  
       12. Тип возмещения  
       13. Социальный статус  
       14. Повод обращения  
       Минимальные медицинские данные:  
       1. Группа крови. резус-фактор.  
       2. Аллергические реакции. код наименование  
       3. Физиологическое состояние пациента (беременность)  
       4. Дата проведения и результат скрининга на наследственную патологию   
       новорожденных (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, аудиологический   
       скрининг)  
       5. Вредные привычки и риски для здоровья (при наличии)  
       6. Профилактические мероприятия, в том числе профилактические прививки  
       7. История болезней и нарушений  
       8. Список текущих проблем со здоровьем  
       9. Динамическое наблюдение  
       10. Группа инвалидности  
       11. Список принимаемых в настоящее время лекарственных средств  
       12. Антропометрические данные  
       13. Оценка риска падения  
       14. Оценка боли  
       15. Коммуникационный менеджмент (язык общения, жилищно-бытовые условия)  
       16. Инструктаж пациента.  
       Идентфикатор, Ф.И.О. (при его наличии) врача  
       Идентфикатор, Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника  
       Индивидуальный план работы с семьей в организациях ПМСП

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Организация: | | № Участка      Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника, направляющей информацию и данные о ребенке и семье ID. Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | | | Ф.И.О. (при его наличии) социального работника, работающего с семьей ID. Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | |
| из регистра МО | |  | | | | |  | | | |
| Дата начала реализации Плана: | | Дата завершения реализации Плана: | | Адрес проживания семьи: | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |
| Личные данные ребенка (детей): | | | | | | | | | | |
| Имя ребенка | | Фамилия ребенка | | Дата рождения (или ожидаемая дата рождения) | | | Пол | | | |
|  |  | |  | | мужской | | | | | женский |
| Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи): | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | | | | Кем приходится ребенку | | | Контактные данные: | |
| 1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | | | |  | | |  | |
| 2 | | | | | |  | | |  | |
| 3 | | | | | |  | | |  | |
| Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб, вовлеченные в процесс планирования развития семьи: | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | | | | Организация | | | Контактные данные: | |
| 1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | | | | из регистра МО | | |  | |
| 2 | | | | | |  | | |  | |
| 3 | | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | |  | | |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Вкладной лист 1 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Патронаж новорожденного (младенца) на дому\* \*в 1 месяц жизни новорожденного проводится 1 раз в 7 дней, после месяца 1 раз в месяц согласно Стандарта организации оказания педиатрической помощи**

      Задачи осмотра новорожденного:

      1. удостовериться в нормальной адаптации после рождения

      2. проверить на наличие опасных симптомов

      3. оценить рост и развитие

      4. проверить, нет ли врожденных пороков развития

      Дата осмотра

      Возраст: .



      Температура



      При рождении:  
       Вес: кг



      Рост см



      ИМТ



      Окружность головы



      см   
       Жалобы матери:  
       Оцените признаки опасности.  
       Анамнез.  
       Отягощенный анамнез:



      да



      нет   
       Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз,   
наличие глоточного рефлекса);  
       Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный;   
Хватательный; Моро; Автоматической походки  
       Осмотр лица: (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет,   
размер, форма, состояние роговицы)  
       Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)  
       Слизистые ротовой полости \_\_\_\_\_\_\_\_ конъюнктивы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Мышечный тонус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в норме гипертонус верхних и   
нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к   
туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")  
       Видимые врожденные пороки  
       Костная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       форма головы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_швы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       большой родничок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       малый родничок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       оцените суставы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ движения, размер,   
симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома;   
нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы  
       Органы дыхания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
       Частота дыхания (ЧД ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в норме 30 - 60/мин)  
       Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)\_\_\_\_\_\_\_ (в норме более 100 /мин);   
       Сердечный ритм \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Сердечные шумы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   
       Пальпация бедренного пульса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в норме симметрично с   
       двух сторон)  
       Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Печень\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Селезенка \_\_\_\_\_\_  
       Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
       Пуповина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
       (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем   
       подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки   
       при условии содержания в чистоте)  
       Мочеиспускание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном   
       вскармливании);  
       Стул \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с   
       кисловатым запахом)  
       Определите, есть ли проблемы кормления, проблемы питания:  
       • Есть ли у Вас трудности при кормлении?



      да



      нет   
       • Ребенок кормится грудью?



      да



      нет   
       • Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_\_\_ раз  
       • Вы кормите грудью ночью?



      да



      нет   
       • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?



      да



      нет   
       • Если Да, как часто? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз в сутки и чем  
       Пользуетесь при кормлении: .  
       Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении   
(трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки;   
получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):  
       Оцените кормление грудью:  
       Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?  
       Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его   
к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.  
       • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:  
       - Подбородок касается груди



      да



      нет   
       - Рот широко раскрыт



      да



      нет   
       - Нижняя губа вывернута наружу



      да



      нет   
       - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта



      да



      нет   
       • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? .  
       - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)



      да



      нет   
       Оцените уход в целях развития:  
       - Как Вы играете с Вашим ребенком?  
       - Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?  
       Проблемы развития  
       Проверьте прививочный статус младенца:  
       Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня:



      Гепатит В 1- 0



      БЦЖ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
       Визит для следующей прививки  
       ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка  
       Гигиена помещения (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое,   
теплое помещение - t не менее 25 °С)  
       Гигиена ребенка  
       Проблемы ухода  
       Оценка здоровья матери:  
       1. Осмотр молочных желез:  
       Проблемы  
       2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. глубокая тревожность и беспокойство  2. глубокая печаль  3. частые слезы  4. ощущение неспособности заботиться о ребенке  5. чувство вины  6. приступы паники  7. стресс и раздражительность | 8. утомляемость и недостаток энергии  9. неспособность к сосредоточению внимания  10. нарушение сна  11. проблемы с аппетитом  12. потеря интереса к сексу  13. ощущение беспомощности и безнадежности  14. антипатия к ребенку |

      Советы по ведению послеродовой депрессии:

      1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности

      2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней

      3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания

      4. чаще прикасаться к ребенку

      5. думать о ребенке

      6. чаще выходить на улицу и двигаться

      7. хорошо питаться

      8. заботиться о себе

      9. вести дневник

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

      Заключение:

      Рекомендации:

|  |  |
| --- | --- |
| - Преимущества и практика грудного вскармливания  - Обеспечение исключительно грудного вскармливания  - Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)  - Оптимальное питание матери.  - Личная гигиена матери  - Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным  - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)  - Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).  - Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)  - Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).  - Другие рекомендации  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим). | - Стимуляция психосоциального развития  - Уход за новорожденным, режим прогулок  - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение  - родителей для профилактики травматизма и несчастного случая  - Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)  - Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.  - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая  - Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания |

      Идентфикатор/Ф.И.О. (при его наличии) врача

      Идентфикатор/Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 2 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Оценка развития ребенка на приеме врачом и среднего медицинского работника\* \*До года ведется ежемесячно, после года до согласно Стандарта организации оказания педиатрической помощи**

      Дата осмотра

      Возраст:



      Температура



      Вес г.



      Рост см.



      ИМТ



      Окружность головы



      см

      Оцените физическое развитие, используя графики:

      Жалобы матери:

      Осмотр ребенка:

      Кожа: Пуповина



      Слизистые ротовой полости



      Зев



      Конъюнктивы



      Большой родничок



      Органы дыхания:



      Частота дыхания



      Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)



      Сердечный ритм;



      Сердечные шумы;



      Органы пищеварения: живот



      печень



      селезенка



      Мочеиспускание; Стул



      Диагноз:

      Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания

      • Есть ли у Вас трудности при кормлении?



      да



      нет

      • Ребенок кормится грудью?



      да



      нет

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

      • Вы кормите грудью ночью?



      да



      нет

      • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?



      да



      нет

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

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

      Если младенцу больше 6 месяцев:

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

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

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

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

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

      6. На прошлой неделе ребенок ел:

      7. Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

      8. Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_

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

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

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

      Проверьте прививочный статус:

      Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня



      Гепатит В 1- 0



      БЦЖ



      АКДС 1+hib 1



      Гепатит В 2



      ОПВ-1



      АКДС 2+ hib 2



      Гепатит В 3



      ОПВ-2



      АКДС 3+ hib 3



      ОПВ-3



      ОПВ-0



      Корь + краснуха + паротит



      АКДС ревакцинация



      HIB ревакцинация

      Визит для следующей прививки

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

      Психомоторное развитие:

      До=

      Др=

      Ра=

      Рп=

      Н=

      Э=

      Оценка ухода в целях развития

      Как Вы играете с ребенком?

      Как Вы общаетесь с ребенком?

      Не отстает

      Отстает на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_эпикризный срок

      Проблемы ухода для развития

      Оценка ухода:

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

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

      3. Знает ли мать признаки опасности: .

      Проблемы ухода

      Признаки жестокого обращения с ребенком:

      физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность

      ☐

      да

      ☐ нет

      Тревожные признаки, требующие специализированной помощи

      - Возможная глухота или проблемы со зрением

      - Ребенок не вступает в контакт.

      - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

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

      - Плохой аппетит.

      Проблемы

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

      Оценка питания и здоровья матери:

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

      Проблемы

      Заключение:

      Рекомендации:

      - Практика исключительно грудного вскармливания.

      - Оптимальное питание матери.

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

      - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

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

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

      - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

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

      - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

      - Ежемесячный осмотр на приеме у врача

      - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

      - Другое

      Идентфикатор/Ф.И.О. (при его наличии) врача

      Идентфикатор/Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 3 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Консультация специалиста**

      1. Дата и время осмотра

      2. Вид консультации

      3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

      4. Диагноз код наименование.

      5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

      6. Идентификатор врача, Ф.И.О. (при его наличии)

      При необходимости:

      7. Записи консилиумов (должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 4 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Протокол операции/процедуры/афереза**

      1. Дата и время

      2. Показания к операции/процедуры/афереза

      3. Клинический Диагноз

      4. Анестезиологическое пособие

      5. Протокол операции включая, как минимум:

      5.1 Дату и время начала и окончания операции/процедуры/афереза

      5.2 Течение (описание) операции/процедуры/афереза, включая технику выполнения

      5.3 Участие консультантов во время операции/процедуры/афереза, рекомендации.

      5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

      5.5 Исход операции, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции/процедуры/афереза не было")

      5.6 Количество кровопотери (мл)



      5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза

      5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза

      5.9 Рекомендации

      5.10 Идентификатор и Ф.И.О. (при его наличии) оперирующего врача, ассистентов, анестезиолога и СМР

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 5 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Динамическое (диспансерное) наблюдение пациента**

      1. Дата и время осмотра

      2. Диагноз, согласно которого пациент подлежит динамическому (диспансерному) наблюдению код наименование.;

      3. Период действия плана наблюдения по диагнозу:

      Дата начала Дата окончания

      4. План наблюдения:

      Услуга (из тарификатора):

      Планируемая дата проведения:

      Дата выполнения:

      5. Рекомендации:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 6 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Лист профилактических мероприятий**

      1. Дата и время осмотра

      2. Услуга\*. (из тарификатора);

      3. Осмотр специалиста, Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор ID Ф.И.О. (при его наличии);

      4. Проведенные диагностические исследования;

      5. Проведенные инструментальные исследования;

      6. Вакцинация:

      Наименование заболевания, против которого применена вакцина (МКБ10)

      Страна производитель (Справочник стран)

      Номер партии

      Номер серии

      Название препарата вакцины, анатоксина и прочие.

      Способ применения: .

      Дозировка



      ед.изм.

      Дата и время прививки

      Побочная реакция или нежелательное явление

      Классификатор побочной / нежелательной реакции

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 7 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Протокол диагностических исследований/услуг**

      1. Дата и время проведения

      2. Наименование услуги из тарификатора.

      3. Данные описания проведенного исследования

      4. Заключение

      5. Идентификатор и Ф.И.О. (при его наличии) медицинского работника

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 8 к медицинской карте амбулаторного пациента |

**Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения**

      Дата и время обращения

      Паспортные данные

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения: число, месяц, год

      4. Пол ☐ мужской ☐ женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель ☐города ☐ села

      8. Гражданство, адрес проживания

      9. Место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения

      Должность Образование

      10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

      11. Тип возмещения

      12. Социальный статус

      13. Повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие (подчеркнуть)

      14. Жалобы

      15. Анамнез:

      указать сведения: о случае применения физического и (или) психологического насилия с указанием времени и даты; о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия.

      16. Описание телесных повреждений:

      Описание ссадины

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная☐, округлая☐, овальная☐, неправильная овальная☐, треугольная☐

      3. Направление: вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо☐;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина в ХХХ см);

      5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная☐, западает по отношению к уровню окружающей кожи☐; на уровне окружающей кожи☐; выше уровня окружающей кожи☐, отпадает по периферии☐, участок гиперпигментации☐ гипопигментации ☐

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость☐, гиперемированы☐, с наложением крови☐, почвы☐

      Описание кровоподтека

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная☐, округлая☐, овальная☐, неправильная овальная☐, треугольная☐,

      3. Направление: вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо ☐;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина ХХХ в см);

      5. Цвет кровоподтека - красно-багровый ☐, синюшно- фиолетовый☐, бурый☐, зеленоватый☐, желтый ☐;

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы☐, с наложением крови☐, почвы ☐.

      Описание раны

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная☐, веретенообразная☐;

      3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта "минус-ткань"☐;

      4. Особенности краев: осадненность☐, кровоподтечность☐, отслоенность☐, загрязненность☐, инородные включения☐;

      5. Рельеф скошенности стенок: ровные☐, гладкие☐, располагаются отвесно☐ одна стенка скошена, а другая подрыта☐;

      6. Осадненность концов☐;

      7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек☐, повреждений мышц☐, костей☐;

      8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно пересечены в начальной и средней трети раны☐, в конечном отрезке волоса☐ с вывороченными луковицами☐.

      9. Особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный☐, не ровный☐, зазубренный☐.

      Описание перелома (открытый)

      1. Точная анатомическая локализация;

      2. Форма линейная☐, неправильная☐, многооскольчатая☐

      3.Размеры ХХХсм,

      4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное☐, горизонтальное☐, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо ☐;

      5. Размеры, ориентировка свободных отломков, дефектов, сколов кости и вдавлений

      6. Особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих позвоночник тканях, переломов тел, дужек и отростков позвонков, характер их смещения, повреждений связочного аппарата, межпозвонковых дисков, над- и подоболочечных кровоизлияний, спинного мозга.

*Схема анатомической локализации*

*Схема мужчина*



*Схема женщина*



      17. Обследование психического состояния

      1. Сознание

      1.1 Сознание ясное, не нарушено☐;

      1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:

      во времени☐,

      в месте☐,

      в собственной личности☐;

      1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      2. Поведение

      2.1 Адекватный☐;

      2.2 Пассивный, заторможенный☐;

      2.3 Оцепенение☐;

      2.4 Возбужденный☐;

      2.5 Пугливый☐;

      2.6 Плаксивый☐;

      2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      3. Настроение и эмоции

      3.1 Ровный фон настроения☐;

      3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность)☐;

      3.3 Раздражительность и (или) гневливость☐;

      3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность)☐;

      3.5 Страх, тревога☐;

      3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      4. Мышление, память, речь (нужное подчеркнуть);

      4.1 Без особенностей☐;

      4.2 Замедленное мышление, речь☐;

      4.3 Ускоренное мышление, речь☐;

      4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь☐;

      4.5 Бессвязное мышление☐;

      4.6 Бредовые идеи☐;

      4.7 Мысли о смерти, самоубийстве☐;

      4.8 Нарушение памяти☐;

      4.9 Нарушение внимания☐;

      4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам больного)

      5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца☐;

      5.2 Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту☐;

      5.3 Дрожь в руках и (или) ногах и (или) в теле☐;

      5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться☐;

      5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание☐;

      5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди"☐;

      5.7 Головокружение, головные боли☐;

      5.8 Чувство слабости, утомляемости☐;

      5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания☐,

      5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах

      6.1 Нарушения сна☐,

      6.2 Нарушения аппетита☐,

      6.3 Наличие психотравмы☐;

      6.4 Утрата интересов☐;

      6.5 Скрытность, недоверчивость☐;

      6.6 Сообщения об употреблении алкоголя☐;

      6.7 Чувство отчаяния☐;

      6.8 Галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником)☐;

      6.9 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 9 к медицинской карте  амбулаторного пациента |

**Карта осмотра сурдологического пациента**

      Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Направленные в рамках аудиологического скрининга ДА ☐/НЕТ☐

      Направленные по заболеванию ДА☐/НЕТ☐

      Впервые выявленное заболевание ДА☐/НЕТ☐

      Известное раннее заболевание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Жалобы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Анамнез заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Методы обследования: ДИАГНОЗ (выбрать из имеющихся):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врожденные пороки развития наружного уха (аномалии ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода) | | Односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Врожденные пороки развития внутреннего уха (аномалии улитки, слухового нерва) | | Односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Заболевания спектра слуховых (аудиторных) нейропатий | | Односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Сенсоневральная тугоухость | 1 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 2 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 3 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 4 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Глухота | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Кондуктивная тугоухость | 1 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 2 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 3 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 4 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Глухота | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Смешанная тугоухость | 1 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 2 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 3 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| 4 степень | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |
| Глухота | односторонняя |  | АД |  | АС |  |
| двусторонняя |  | АД |  | АС |  |

      Отметить нужное

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Слуховой аппарат (есть ☐\нет ☐) | | Воздушной проводимости |  | АД |  | АС |  |
| Костной проводимости |  | АД |  | АС |  |
| Имплантируемая система (есть ☐/ нет☐) | | Среднего уха |  | АД |  | АС |  |
| Костной проводимости |  | АД |  | АС |  |
| Кохлеарной имплантации |  | АД |  | АС |  |
| Образовательное учреждение/Место работы | Дошкольное учреждение | общеобразовательное |  | Да |  | Нет |  |
| коррекционное |  | Да |  | Нет |  |
| Школьное учреждение | общеобразовательное |  | Да |  | Нет |  |
| коррекционное |  | Да |  | Нет |  |
| Высшее ☐/Среднее учебное заведение☐ |  | | Да |  | Нет |  |
| Место работы |  | | | | | |
| Неорганизован |  | | Да |  | Нет |  |

      Список сокращений формы № 052/у "Медицинской карты амбулаторного пациента":

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | АКДС | адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина |
| 2 | АДС | адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин |
| 3 | АДС-М | анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов |
| 4 | АД | адсорбированный дифтерийный анатоксин |
| 5 | АС | адсорбированный столбнячный анатоксин |
| 6 | БЦЖ | Вакцина против туберкулеза |
| 7 | К | коклюшная вакцина |
| 8 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 9 | МИС | Медицинская информационная система |
| 10 | МО | Медицинская организация |
| 11 | ПМСП | Первичная медико-санитарная помощь |
| 12 | Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |
| 13 | НПО | Неправительственные организации |
| 14 | ИМТ | Индекс массы тела |
| 15 | ССС | Сердечно-сосудистая система |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Приложение 7 к приказу |
|  | Приложение 3 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года№ ҚР  ДСМ-175/2020 |

**Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно - поликлинических организациях**

**Форма № 054/у "Статистическая карта амбулаторного пациента"**

      Дата обращения

      1. Индивидуальный идентификационный номер

      2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      3. Дата рождения дата месяц год

      4. Пол



      мужской



      женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель



      города



      села

      8. Адрес проживания область район город улица дом квартира

      9. Место работы/учебы/детского учреждения

      Должность. Образование.

      10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

      11. Антропометрические данные

      12. Тип возмещения.

      13. Социальный статус.

      14. Повод обращения: 1) Профилактический осмотр



2) Заболевание



3) Травма



      15. Виды травм: 1) Бытовая



, 2) Уличная



3) ДТП



4) Школьная



5)Спортивная



      16.Синдром жестокого обращения



из них:

      1) оставление без внимания или заброшенность



, 2 физическая жестокость



, 3) Сексуальная жестокость



, 4) психологическая жестокость



, 5)другие синдромы жестокого обращения



, 6)синдром неуточненного жестокого обращения



      17. Кем направлен.

      18. Приемы/консультации

      Услуги по тарификатору, количество, идентификатор и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста, дата выполнения.

      19. Процедуры и манипуляции, лаборатория, диагностические исследования

      Идентификатор и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста, услуги по тарификатору, количество, дата выполнения.

      20. Заключительный диагноз

      21. Диспансеризация

      22. Проведены исследования на выявление туберкулеза

      23. Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому

      24. Исход обращения.

      25. из них направлены.

      26.. Случай поликлинического обращения (СПО).

      27. Дата завершения СПО

      Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор врача

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8 к приказу |
|  | Приложение 10 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 |

**Инструкция по заполнению учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения**

**Глава 1. Общие положения**

      1. Настоящая инструкция по заполнению учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения (далее – Инструкция) разработана в соответствии с пунктами 31) и 33) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", Законом Республики Казахстан "О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания"", а также в целях утверждения учетных форм по документированию телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения.

**Глава 2. Формы учетной документации, подлежащие заполнению для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения**

      2. При заполнении учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения заполняются следующие формы учетной документации (далее – формы документации):

      1) форма № 001/у ""Медицинская карта стационарного пациента" №\_\_\_" вкладной лист 12 "Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения" согласно приложению 1 к настоящему приказу;

      2) форма № 012/у ""Статистическая карта выбывшего из стационара" (круглосуточного, дневного) № \_\_\_\_\_" согласно приложению 2 к настоящему приказу;

      3) форма № 052/у ""Медицинская карта амбулаторного пациента" № \_\_\_" вкладной лист 8 "Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения" согласно приложению 6 к настоящему приказу;

      4) форма № 054/у "Статистическая карта амбулаторного пациента" согласно приложению 7 к настоящему приказу.

**Глава 3. Заполнение форм учетной документации**

      3. В карте медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных и (или) амбулаторных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения заполняются паспортные данные и общие сведения, где указываются индивидуальный идентификационный номер (далее - ИИН), фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, пол, возраст, национальность, гражданство, адрес проживания, место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения с указанием должности, образование, наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса (в случае страхования), тип возмещения затрат, социальный статус.

      Указывается повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие.

      Описываются жалобы и анамнез. При сборе анамнеза уточняются сведения о применении физического и (или) психологического насилия с указанием даты и места происшествия и применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия. Данные фиксируются в медицинской документации.

      Описываются телесные повреждения:

      1) ссадины;

      2) кровоподтеки;

      3) раны;

      4) переломы.

      4. При описании ссадин указываются:

      точная анатомическая локализация;

      форма: линейная, округлая, овальная, неправильная овальная, треугольная;

      направление по отношению к продольной оси тела (вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо);

      размеры (длина, ширина в сантиметрах);

      состояние дна либо покрывающей корочки (влажная, западает по отношению к уровню окружающей кожи, на уровне или выше уровня окружающей кожи, отпадает по периферии, участок гипер и (или) гипопигментации);

      состояние окружающих тканей: припухлость, гиперемия, с наложением крови, почвы.

      5. При описании кровоподтеков указываются:

      точная анатомическая локализация;

      форма: линейная, округлая, овальная, неправильная овальная, треугольная;

      направление по отношению к продольной оси тела (вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо);

      размеры (длина, ширина в сантиметрах);

      цвет (красно-багровый, синюшно-фиолетовый, бурый, зеленоватый, желтый);

      состояние дна либо покрывающей корочки (влажная, западает по отношению к уровню окружающей кожи, на уровне или выше уровня окружающей кожи, отпадает по периферии, участок гипер и (или) гипопигментации);

      состояние окружающих тканей: припухлость, гиперемия, с наложением крови, почвы.

      6. При описании ран указываются:

      точная анатомическая локализация;

      форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная, веретеноообразная;

      характер и особенности дефекта ткани, наличие дефекта "минус ткань";

      особенности краев: осадненность, кровоподтечность, отслоенность, загрязненность, инородные включения;

      рельеф скошенности стенок: ровные, гладкие, располагаются отвесно, скошена, подрыта;

      осадненность концов;

      особенности дна; наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек, повреждений мышц, костей;

      особенности повреждения волос в области раны: поперечно или косо пересечены в начальной и средней трети раны, в конечном отрезке волоса, с вывороченными луковицами;

      особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный, неровный, зазубренный.

      7. При описании переломов (открытых) описываются:

      точная анатомическая локализация;

      форма (линейная, неправильная, многооскольчатая);

      размеры;

      направление линии перелома (вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное (сверху вниз, слева направо);

      особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих тканях, переломы тел, дужек и отростков позвонков, характер смещения, повреждения связочного аппарата, межпозвоночных дисков, надоболочных и подоболочных кровоизлияний, спинного мозга.

      8. Описывается психическое состояние. Выявление симптомов психологического воздействия осуществляется путем выявления жалоб при опросе и наблюдения за поведением и состоянием пациента.

      Описываются;

      сознание (ясное, не нарушено, сознание нарушено, дезориентирован во времени, месте, собственной личности, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

      поведение (адекватный, пассивный, заторможенный, оцепенение, возбужденный, пугливый, плаксивый, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

      настроение и эмоции (ровный фон настроения, сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность, раздражительностьи (или) гневливость, повышенный фон настрения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность), страх, тревога, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

      мышление, память, речь (без особенностей, замедленное мышление и (или) речь, ускоренное мышление и (или) речь, обстоятельное и (или) детализированное мышление и (или) речь, бессвязное мышление, бредовые идеи, мысли о смерти, самоубийстве, нарушения памяти и внимания, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

      соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам больного): учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту, дрожь в руках и (или) ногах и (или) теле, мышечное напряжение, неспособность расслабиться, чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди", головокружение, головные боли, чувство слабости, утомляемости, ощущение онемения и (или) покалывания, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

      не отраженные в вышеприведенных пунктах симптомы, выявленные медицинским работником симптомы: нарушения сна, аппетитта, наличие психотравмы, утрата интересов, скрытность, недоверчивость, сообщения об употреблении алкоголя, чувство отчаяния, галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником), при наличии дополнения и (или) разъяснения).

      9. В статистической карте выбывшего из стационара (круглосуточного и (или) дневного) с телесными повреждениями и (или) психологическим воздействием в результате жестокого обращения заполняются паспортные данные и общие сведения, где указываются ИИН, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, пол, возраст, национальность, гражданство, адрес проживания, место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения с указанием должности, образование, наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса (в случае страхования), тип возмещения затрат, социальный статус.

      Указывается тип госпитализации (экстренная, плановая), первичная или повторная госпитализация, код госпитализации.

      Заполняются сведения о лицах, направивших на госпитализацию и наименование направившей медицинской организации.

      Указывается диагноз направившей организации и диагноз при поступлении.

      Указывается вид травмы (бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная), синдром жестокого обращения с уточнением (оставление без внимания или заброшенность, физическая, сексуальная, и (или) психологическая жестокость, другие синдромы жестокого обращения, синдром неуточненного жестокого обращения).

      Указываются сведения о госпитализации с лицом по уходу и (или) с кормящей матерью, дата и время госпитализации, отделение, номер палаты.

      Заполняются сведения о нахождении в отделении реанимации, указывается профиль койки.

      Сведения о виде транспортировки (самостоятельно, доставлен бригадой скорой помощи и (или) медицинской авиации, в сопровождении физических лиц).

      Заполняются сведения о результатах исследования на ВИЧ-инфекцию, группа крови и резус-фактор, об аллергических реакциях и побочных действиях лекарственных средств.

      Указывается заключительный диагноз, осложнения и сопутствующие заболевания.

      Заполняются сведения о проведении хирургических операций.

      Также указываются заключительные сведения (исходы пребывания и лечения, дата и время выписки (смерти), количество проведенных койко-дней, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача и заведующего отделением).

      10. В статистической карте пациента с телесными повреждениями и (или) психологическим воздействием в результате жестокого обращения, получившего помощь в амбулаторных условиях, заполняются паспортные данные и общие сведения, где указываются ИИН, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, пол, возраст, национальность, гражданство, адрес проживания, место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения с указанием должности, образование, наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса (в случае страхования), тип возмещения затрат, социальный статус, повод обращения (профилактический осмотр, заболевание, травма).

      Указывается вид травмы (бытовая, уличная, дорожно-транспортная), школьная, спортивная), синдром жестокого обращения с уточнением (оставление без внимания или заброшенность, физическая, сексуальная, и (или) психологическая жестокость, другие синдромы жестокого обращения, синдром неуточненного жестокого обращения).

      Вносятся данные о направившем лице, заключительный диагноз, а также сведения о проведенных операциях, манипуляциях.

      Указывается исход обращения, подтверждение случаев поликлинического обращения и дата его завершения.

      Вносятся сведения о враче (фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор).

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9 к приказу |
|  | Приложение 7 к приказу исполняющего  обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-174/2020 |

**Перечень форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения**

**1. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |
| 1. | Медицинская карта стационарного пациента | 001/у | В электронном формате | 25 лет |
| 2. | Протокол (карта) патологоанатомического исследования | 002/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |
| 3. | Форма учета движения крови, ее компонентов, препаратов, и диагностических стандартов | 003/у | В электронном формате | 5 лет |
| 4. | Журнал учета сбора ретроплацентарной крови | 004/у | В электронном формате | 5 лет |
| 5. | Листок учета движения больных и коечного фонда стационара | 005/у | В электронном формате | 1 год |
| 6. | Форма учета переливания крови, ее компонентов, препаратов | 006/у | В электронном формате | 5 лет |
| 7. | Форма учета реципиентов крови и ее компонентов | 007/у | В электронном формате | 5 лет |
| 8. | Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов | 008/у | В электронном формате | 5 лет |
| 9. | Акт констатации биологической смерти/ изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга | 009/у | В электронном формате | 25 лет |
| 10. | Журнал учета консервированного костного мозга | 010/у | В электронном формате | 25 лет |
| 11. | Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа) | 011/у | В электронном формате | 25 лет |
| 12. | Статистическая карта выбывшего из стационара | 012/у | В электронном формате | 1 год |
| 13. | Форма учета отделения (палаты) новорожденных | 013/у | В электронном формате | 5 лет |
| 14. | Медицинская карта больного туберкулезом | ТБ 014/у | В электронном формате | 5 лет |
| 15. | Медицинская карта больного туберкулезом категории IV | ТБ 015/у | В электронном формате | 5 лет |
| 16. | Форма учета регистрации больных туберкулезом | ТБ 016/у | В электронном формате | 5 лет |
| 17. | Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV | ТБ 017/у | В электронном формате | 5 лет |
| 18. | Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов | ТБ 018/у | В электронном формате | 5 лет |

**2. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |
| 1 | Форма учета операций/манипуляций | 019/у | В электронном формате | 25 лет |
| 2 | Форма учета родов | 020/у | В электронном формате | 25 лет |
| 3 | Форма учета медицинского освидетельствования, справок | 021/у | В электронном формате | 5 лет |
| 4 | Карта диализа | 022/у | В электронном формате | 25 лет |
| 5 | Журнал учета разведенных цитостатиков | 023/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 6 | Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении | 024/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 7 | Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии | 025/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 8 | Заключение врачебно - консультационной комиссии | 026/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 9 | Справка | 027/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 10 | Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта, (в том числе из государства-члена ЕАЭС) | 028/у | В бумажном формате | 3 года |
| 11 | Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности | 029/у | В электронном формате | 3 года |
| 12 | Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ | 030/у | В электронном формате | 1 год |
| 13 | Заключение на медико-социальную экспертизу | 031/у | В электронном формате | 1 год |
| 14 | Журнал регистрации и реабилитации инвалидов | 032/у | В электронном формате | 3 года |
| 15 | Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида | 033/у | В электронном формате | 3 года |
| 16 | Извещение | 034/у | В электронном формате | 3 года |
| 17 | Форма учета медицинских услуг | 035/у | В электронном формате | 1 год |
| 18 | Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией | 036/у | В электронном формате | 3 года |
| 19 | Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию | 037/у | В электронном формате | 3 года |
| 20 | Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности | 038/у | В электронном формате | 3 года |
| 21 | Заключение судебно-психиатрической экспертизы | 039/у | В электронном/ бумажном формате | 25 лет |
| 22 | Заключение психиатрического освидетельствования осужденного | 040/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |
| 23 | Медицинское свидетельство о рождении | 041/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |
| 24 | Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении | 042/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |
| 25 | Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы | 043/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 26 | Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ) | 044/у | В бумажном формате | до минования надобности |
| 27 | Медицинское свидетельство о смерти | 045/у | В электронном формате | 15 лет |
| 28 | Медицинское свидетельство о перинатальной смерти | 046/у | В электронном/ бумажном формате | 15 лет |
| 29 | Реабилитационная карта | 047/у | В электронном формате | 5 лет |
| 30 | Обменная карта беременной и родильницы | 048/у | В бумажном формате | 3 года |
| 31 | Журнал регистрации аварийных ситуаций | 049/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 32 | Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет | 050/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 33 | Карта учета материнской смертности | 051/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |

**3. Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно- поликлинических организациях**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |
| 1 | Медицинская карта амбулаторного пациента | 052/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 2 | Талон на прием к врачу | 053/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 3 | Статистическая карта амбулаторного пациента | 054/у | В электронном формате | 1 год |
| 4 | Карта профилактического осмотра (скрининга) | 055/у | В электронном формате | 5 лет |
| 5 | Форма учета записи вызовов врачей на дом | 056/у | В электронном формате | 1 год |
| 6 | Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности | 057/у | В электронном формате | 1 год |
| 7 | Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию) | 058/у | В электронном формате | 5 лет |
| 8 | Карта обратившегося за антирабической помощью | 059/у | В бумажном формате | 3 года |
| 9 | Лечебная карта допризывника | 060/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 10 | Именной список допризывников для систематического лечения | 061/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 11 | Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг | 062/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 12 | Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом | 063/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 13 | Талон прикрепления к медицинской организации | 064/у | В электронном формате | 1 год |
| 14 | Карта профилактических прививок | 065/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |
| 15 | Журнал учета профилактических прививок | 066/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 16 | Журнал движения вакцин | 067/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 17 | Справка для получения путевки | 068/у | В бумажном формате | 3 года |
| 18 | Санаторно-курортная карта | 069/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 19 | Путевка в детский санаторий | 070/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 20 | Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь | 071/у | В бумажном формате | до минования надобности |
| 21 | Медицинская справка (для выезжающего за границу) | 072/у | В бумажном формате | до минования надобности |
| 22 | Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством | 073/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 23 | Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу | 074/у | В бумажном формате | до минования надобности |
| 24 | Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) | 075/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 25 | Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия | 076/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 26 | Индивидуальная карта беременной и родильницы | 077/у | В электронном формате | 5 лет |
| 27 | Рецепт | 078/у | В электронном формате | 1 год |
| 28 | Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком | 079/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |
| 29 | Форма учета амбулаторных посещений | 080/у | В электронном формате | 1 год |
| 30 | Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез | ТБ 081/у | В электронном формате | 5 лет |
| 31 | Карта наблюдения за диспансерным контингентом | ТБ 082/у | В электронном формате | 5 лет |
| 32 | Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики Казахстан | 083/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |

**4. Формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |
| 1 | Журнал учета ВИЧ -инфицированных | 084/у | В электронном/ бумажном формате | до минования надобности |
| 2 | Карта вызова бригады скорой медицинской помощи | 085/у | В электронном/ бумажном формате | 2 года |
| 3 | Сигнальный лист участковому врачу | 086/у | В электронном/ бумажном формате | 2 года |
| 4 | Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации | 087/у | В электронном/ бумажном формате | 2 года |
| 5 | Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни). Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №\_ | 088/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 6 | Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской помощи в форме санитарной авиации | 089/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 7 | Задание на санитарный полет | 090/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 8 | Оперативная заявка № \_ | 091/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 9 | Журнал учета приема детей в дом ребенка | 092/у | В электронном/ бумажном формате |  |
| 10 | Форма учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей, ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери | 093/у | В электронном/ бумажном формате | 5 лет |
| 11 | Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории | 094/у | В электронном/ бумажном формате | 3 года |
| 12 | Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции | 095/у | В электронном/ бумажном формате | 25 лет |
| 13 | Бракеражный журнал | 096/у | В бумажном формате | 3 года |

**5. Формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |
| 1 | Направление | 097/у | В электронном формате | 1 год |
| 2 | Результат | 098/у | В электронном формате | 1 год |
| 3 | Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам | 099/у | В электронном формате | 1 год |
| 4 | Журнал контроля посуды и питательных сред | 100/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 5 | Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений | 101/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 6 | Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам | 102/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 7 | Журнал микробиологических исследований крови на стерильность | 103/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 8 | Форма учета лабораторных и диагностических исследований | 104/у | В электронном формате | 1 год |
| 9 | Журнал регистрации микробиологических исследований смывов | 105/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 10 | Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии | 106/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 11 | Журнал движения первичной пробы | 107/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 12 | Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер | 108/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 13 | Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин | 109/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 14 | Рабочий журнал микробиологических исследований | 110/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 15 | Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха | 111/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 16 | Журнал приготовления и контроля питательных сред | 112/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 17 | Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав) | 113/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 18 | Рабочий журнал исследований на стерильность | 114/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 19 | Журнал регистрации серологических исследований | 115/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 20 | Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта | 116/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 21 | Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории | 117/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 22 | Акт входного контроля | 118/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 23 | Акт приема - передачи образцов для исследования | 119/у | В электронном/ бумажном формате | 1 год |
| 24 | Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП | ТБ 120/у | В электронном формате | 3 года |
| 25 | Лабораторный регистрационный журнал (для лабораторий противотуберкулезных организаций) | ТБ 121/у | В электронном формате | 3 года |
| 26 | Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ | ТБ 122/у | В электронном формате | 3 года |

**6. Формы медицинской учетной документации организаций службы крови**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование формы | Номер формы | Вид документа | Срок хранения |
| 1 | Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции | 123/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 2 | Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований | 124/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 3 | Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции | 125/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 4 | Форма медицинской карты донора крови и ее компонентов | 126/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 5 | Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов | 127/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 6 | Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований | 128/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 7 | Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза | 129/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 8 | Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения | 130/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 9 | Форма учета производства компонентов донорской крови | 131/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 10 | Форма учета заявок на трансфузионные среды | 132/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 11 | Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства | 133/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 12 | Форма учета карантинизации плазмы | 134/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 13 | Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации | 135/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 14 | Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе | 136/у | В бумажном формате | 1 год |
| 15 | Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов | 137/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 16 | Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции | 138/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 17 | Акт списания компонентов крови | 139/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 18 | Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований | 140/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 19 | Ведомость результатов первичных лабораторных исследований до донации | 141/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 20 | Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных иммуногематологических исследований крови | 142/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 21 | Форма учета изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов | 143/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 22 | Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови | 144/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 23 | Ведомость результатов биохимических исследований до донации | 145/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 24 | Форма учета повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции | 146/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 25 | Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции | 147/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 26 | Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора | 148/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 27 | Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ | 149/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 28 | Форма учета результатов контроля качества компонентов крови | 150/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 29 | Форма учета результатов бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров | 151/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 30 | Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата | 152/у | В бумажном формате | 5 лет |
| 31 | Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства | 153/у | В электронном формате | 5 лет |
| 32 | Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов | 154/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 33 | Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции | 155/у | В электронном формате | до минования надобности |
| 34 | Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций | 156/у | В электронном формате | до минования надобности |

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан