

**О внесении изменений 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, а также инструкций по их заполнению"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2022 года № ҚР ДСМ-136. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 ноября 2022 года № 30685

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести 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, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения:

преамбулу приказа изложить в следующей редакции:

"В соответствии с подпунктами 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, **ПРИКАЗЫВАЮ:"**;

формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах, утвержденные приложением 1 к указанному приказу, изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденные приложением 2 к указанному приказу, изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденные приложением 3 к указанному приказу, изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу.

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. Финият*

Приложение 1 к приказу  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2022 года № ҚР ДСМ-136

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 пациентами 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 ухода) \_\_\_\_\_

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) (в зависимости 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) (в зависимости от профиля МО) \_\_\_\_\_;

12. Двигательная активность (мышечный тонус, состояние суставов, степень подвижности суставов, риск образования пролежней) (в зависимости от профиля МО) \_\_\_\_\_

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

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 врача \_\_\_\_\_.

Вкладной лист 3  
к медицинской карте  
стационарного пациента

Информированное согласие пациента\*

В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь предоставляется 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 пациента, при лечении туберкулеза, о мерах по соблюдению "Правил поведения пациента туберкулезом", возникновения побочных реакций, применения мер принудительной изоляции при уклонении 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) ID врача

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 варианты форм 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, Рs, АД

снижение доставки O<sub>2</sub> при анемии, Hb г/л, PaO<sub>2</sub> мм рт. ст., PvO<sub>2</sub> мм 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, АТШ

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 \*10<sup>9</sup>/л \_\_\_\_\_

Анализ от дд/мм/гг \_\_\_\_\_

геморрагический тромбоцитопенический синдром

Тромбоцитопения менее  $10 \cdot 10^9/\text{л}$  без геморрагического синдрома.

Тромбоцитопения менее  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ , хирургическая операция.

Тромбоцитопения менее  $100 \cdot 10^9/\text{л}$ , 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 врача \_\_\_\_\_

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 пациента \_\_\_\_\_

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 пациента 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 наличии, 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 наличии:

7. Записи консилиумов (включает согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При 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 пациента 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/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 наличии реабилитации, выдаются рекомендации с указанием реабилитационного потенциала, 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 при 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 XXX, ширина в XXX 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 XXX, ширина XXX в см);

5. Цвет кровоподтека - красно-багровый

, синюшно- фиолетовый

, бурый

, зеленоватый

, желтый

;

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемия

, 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-тканых 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 XXXсм,

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 подбололочечных кровоизлияний, спинного мозга.

Схема анатомической локализации

Схема мужчины



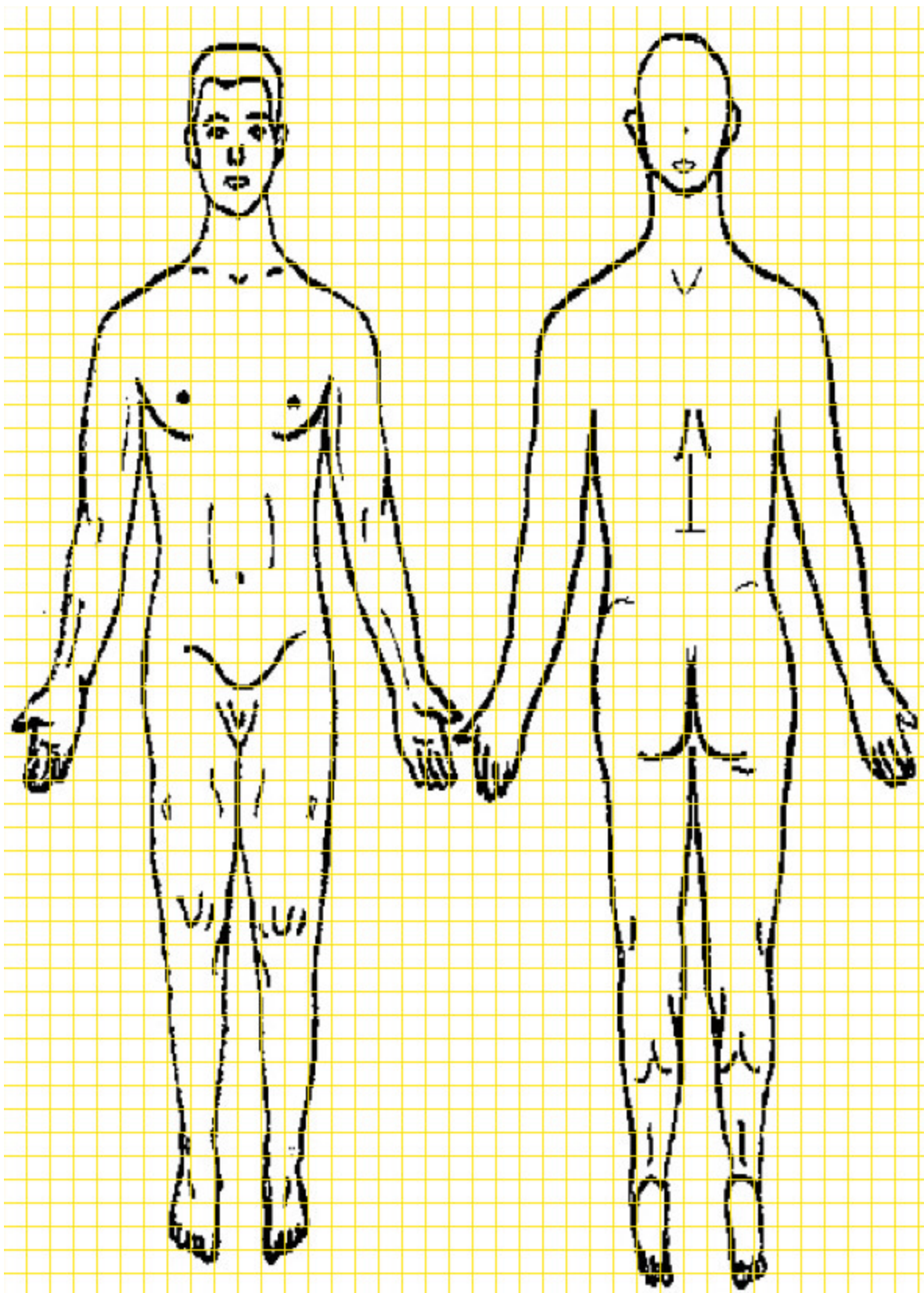
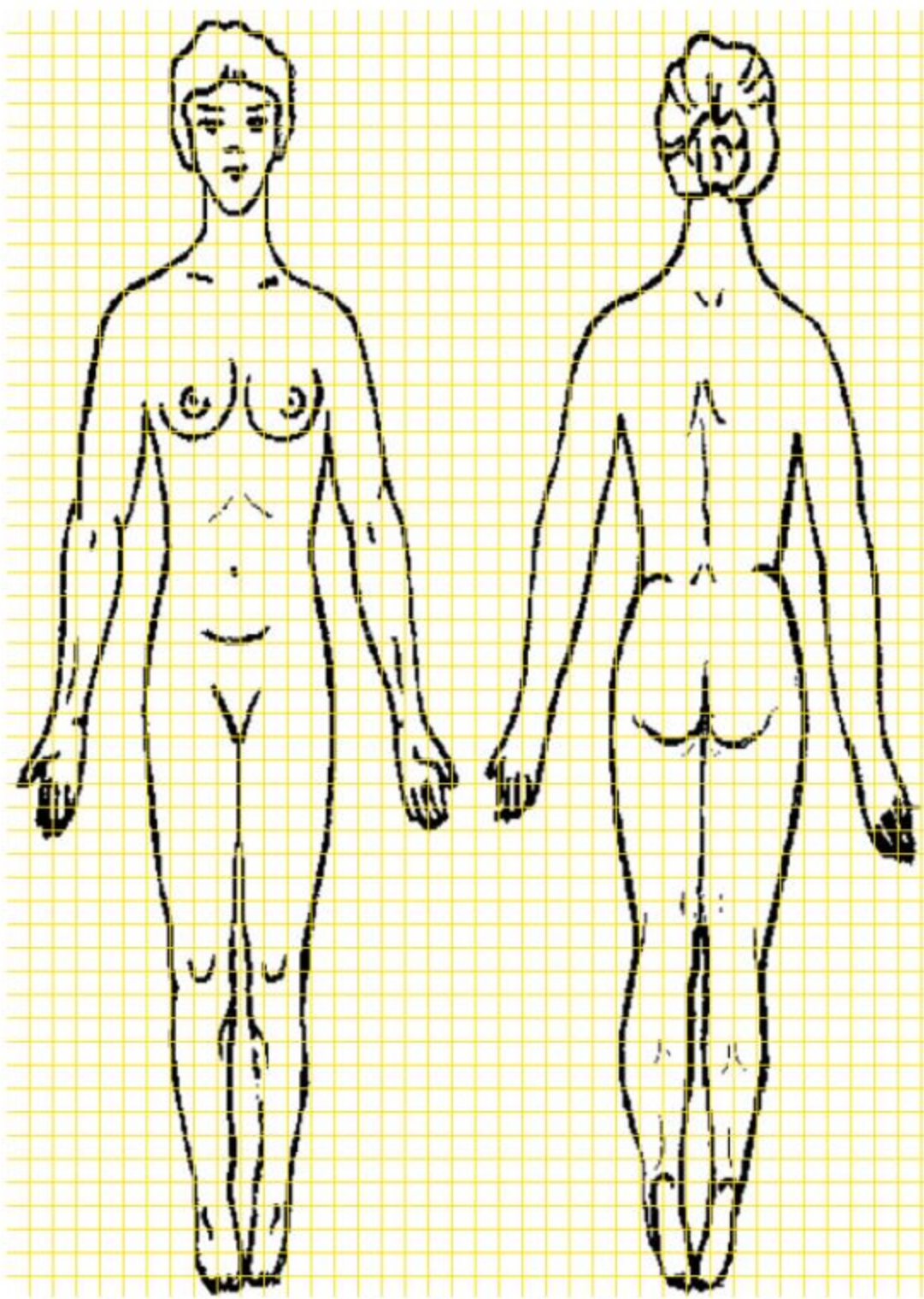


Схема женщины



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 пациента)

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:

oНет

oЕсть (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

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

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	Односторонняя		АД		АС	

(аномалии улитки, слухового нерва)		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 <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> )		Воздушной проводимости		АД		АС		
		Костной проводимости		АД		АС		
Имплантируемая система (есть <input type="checkbox"/> / нет <input type="checkbox"/> )		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 <input type="checkbox"/> /Среднее учебное заведение						Нет	

<input type="checkbox"/>		Да			
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	PvO2	Показатели газового состава крови
23	PaO2	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

"Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан үзінді көшірме № \_\_\_\_  
 \_" № 001-1/е нысаны

Форма № 001-1/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента  
 № \_\_\_\_"

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации  
 куда направляется выписка) \_\_\_\_\_

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество  
 (при его наличии) пациента) \_\_\_\_\_

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) \_\_\_\_\_

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) \_\_\_\_\_

Шығуы (выбытия) \_\_\_\_\_

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное  
 заболевание, сопутствующее осложнение) \_\_\_\_\_

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) \_\_\_\_\_

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) \_\_\_\_\_

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем,  
 жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические  
 исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при  
 выписке) \_\_\_\_\_

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) \_\_\_\_\_

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания:)

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:)

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:)

Объективті деректер: (Объективные данные:)

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:)

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические исследования:)

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:)

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:)

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:)

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

---

---

---

---

---

---

---

---

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) \_\_\_\_\_

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) \_\_\_\_\_

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

\_\_\_\_\_  
қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

\_\_\_\_\_  
қолы (подпись) \_\_\_\_\_

**Форма № 002/у "Протокол (карта) патологоанатомического исследования № \_\_\_\_\_"**

Адрес организации, составившего протокол \_\_\_\_\_

Карта пациента №

ИИН пациента \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (при его наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Пол

мужской

женский

Возраст \_\_\_\_\_

Национальность \_\_\_\_\_

Житель

города

села

Гражданство \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Место работы/учебы/детского учреждения \_\_\_\_\_

Должность Образование \_\_\_\_\_

Наименование страховой компании, № страхового полиса \_\_\_\_\_

Наименование МО лечения (из регистра МО.) \_\_\_\_\_

Доставлен в стационар

(часов (дней после начала заболевания)

Проведено койко-дней

Дата смерти \_\_\_\_\_

Дата и время вскрытия \_\_\_\_\_

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

Присутствовали на вскрытии Ф.И.О. (при его наличии), ID \_\_\_\_\_

Диагноз направившей организации \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления \_\_\_\_\_

Заключительный клинический диагноз и дата его установления \_\_\_\_\_

Основное заболевание \_\_\_\_\_

Осложнение основного заболевания \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Причина смерти \_\_\_\_\_

Результаты клинико-лабораторных исследований \_\_\_\_\_

Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)

\_\_\_\_\_

Ошибки клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать):

---

Расхождение диагнозов по основному заболеванию

Запоздалая диагностика

основного заболевания

по осложнениям

смертельного осложнения

по сопутствующим заболеваниям

другое

Причины расхождения диагнозов

Объективная трудность диагностики

Кратковременное пребывания

Недообследование пациента

Переоценка данных обследования

Редкость заболевания

Неправильное оформление диагноза

Причина смерти №

во врачебном свидетельстве о смерти №

сделана следующая запись

Код и наименование диагноза \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (при его наличии), ID. врача; патологоанатома; заведующего отделением

---

Результаты патологоанатомического исследования

Рост

Печень

Вес тела



Селезенка

Вес органов

Почки лев – прав

Головной мозг

Сердце

Тимус

Легкие

Краткие клинические данные:

Взято кусочков для патологического исследования

Изготовлено блоков

Взят материал для патогистологического исследования

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются

Результаты патогистологического исследования

Приложение на листах

Схемы, таблицы, фото, рисунка на

листах

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

Список сокращений формы № 002/у "Протокол (карта) патологоанатомического исследования"

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

**Форма № 003/у "Форма учета движения крови, ее компонентов, препаратов, и диагностических стандартов"**

1. Дата и время получения продукта – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_
2. Организация- изготовитель \_\_\_\_\_
3. Номер (серия) этикетки \_\_\_\_\_

4. Дата заготовки/срок годности \_\_\_\_\_.
5. Группа крови, резус-принадлежность (если применяется) \_\_\_\_\_
6. Наименование продукта (если применяется) \_\_\_\_\_
7. Количество \_\_\_\_\_

8. Идентификатор лица, зарегистрировавшего приход продукта \_\_\_\_\_

9. Дата и время выдачи продукта для переливания/применения – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_  
 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

10. Наименование отделения куда выдается продукт \_\_\_\_\_

11. Идентификатор лица, выдавшего продукт для применения \_\_\_\_\_

12. Идентификатор лица, получившего продукт для применения \_\_\_\_\_

13. Дата списания – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

14. Причина списания \_\_\_\_\_

15. Дата передачи на утилизацию – " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

16. Способ утилизации \_\_\_\_\_

17. Идентификаторы лиц, списавшего продукт и передавшего на утилизацию \_\_\_\_\_

**Форма № 004/у "Журнал учета сбора ретроплацентарной крови" за \_\_\_\_\_ год**

Дата сбора крови	№ истории родов	Ф.И.О. (при его наличии) роженицы	ИИН	Дата рождения	Ф.И.О. членов бригады (врача, акушерки, санитарки)	Количество в о пробирок	Количество		Примечание
							крови	сыворотки	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Форма № 005/у "Листок учета движения пациентов и коечного фонда стационара" наименование отделения, профиля коек**

Код организации	Фактически развернуто коек, включая койки свернутые на ремонт	в том числе коек, свернутых на ремонт	Состояло пациентов на начало истекших суток	Движение пациентов за истекшие сутки				
				Поступило пациентов (без переведенных внутри больницы)				
				из них				Дети 15-17 лет включительно
1	2	3	4	5	Всего	Сельских жителей	детей в возрасте до 14 лет включительно	
Всего в том числе по койкам								

продолжение таблицы

Движение пациентов за истекшие сутки				На начало текущего дня	
Переведено пациентов внутри больницы	Выписано пациентов		Умерло	Состоит пациентов	

из других отделений	в другие отделения	Всего	в т.ч. переведенных в другие стационары	в т.ч. сельских жителей	детей в возр. до 14 лет включит.	Дети 15-17 лет включительно		Всего	в т.ч. сельских жителей	Состоит матерей при пациентов в детях	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Свободное количество коек на начало текущего дня (1 день)		Прогнозное количество свободных коек на ближайшие пять дней									
		2 день		3 день		4 день		5 день		6 день	
всего	в т.ч. женских	всего	в т.ч. Женских	всего	в т.ч. женских	всего	в т.ч. женских	всего	в т.ч. женских	всего	в т.ч. женских
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

### Список пациентов

Ф.И.О. (при его наличии) поступивших	Ф.И.О. (при его наличии) переведенных		Ф.И.О. (при его наличии) переведенных в другие отделения данной больницы		Ф.И.О. (при его наличии) выписанных в другие стационары		Ф.И.О. (при его наличии) умерших	Примечание
	из других отделений данной больницы	в другие отделения данной больницы	Ф.И.О. (при его наличии) выписанных	в другие стационары				
1	2	3	4	5	6	7		

Пояснение по заполнению формы № 005/у "Листок учета движения пациентов и коечного фонда стационара":

Листок учета пациентов и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении больницы в соответствии со сметой, утвержденной внутренним приказом организации.

По отделениям, имеющим в своем составе, утвержденные внутренним приказом больницы койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделений, койки для детей в составе неврологического отделения), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении пациентов в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении пациентов по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение пациентов с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены внутренним приказом больницы 3 койки для урологических пациентов; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более

урологических пациентов - движение этих пациентов показывается по урологическим койкам. В то же время, пациенты с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих пациентах показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических пациентах, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. Для получения суммарных данных по больнице сведения из листков отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета пациентов и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Примечание: Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется медицинской сестрой, то заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета пациентов и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений. В графе 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в графе 3. в графе 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

В графах 5-17 даются сведения о движении пациентов за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших пациентов; числе переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших) и в графе 18 и 19 о числе пациентов, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число пациентов, показанное в графе 18 предыдущего дня переписывается в графе 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы число пациентов на начало текущего дня (графа 18) было равно сумме чисел пациентов, состоявших на начало предыдущего дня (графа 5), поступивших (графа 6) и переведенных (графа 10), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (графа 11), выписанных (графа 12) и умерших (графа 17), то есть. числам в графа  $5 + 6 + 10 - 11 - 12 - 17 =$  графа 18.

В графах 21-22 указывается количество свободных коек на начало текущего дня в разрезе профилей коек.

В графах 22-32 даются сведения о прогнозном количестве свободных мест на ближайшие 5 дней в разрезе профилей коек.

Ежедневно данные о движении пациентов и коечного фонда, заверенные подписью заведующего отделением и руководителя медицинской организации, передаются

старшей медицинской сестрой отделения в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации.

**Форма № 006/у "Форма учета переливания крови, ее компонентов, препаратов"**

1. Дата и время переливания
2. Кратность переливаний (первичное/повторное)
3. Номер медицинской карты
4. Индивидуальный идентификационный номер пациента
5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
6. Дата рождения пациента
7. Группа крови и резус принадлежности пациента
8. Показания к переливанию
9. Наименование инфузионно/трансфузионной среды
10. Группа крови и резус принадлежности трансфузионной среды (если применимо)
11. № этикетки, серия
12. Организация-изготовитель
13. Дата заготовки/срок годности
14. Количество перелитой среды
15. Способ переливания
16. Неблагоприятные последствия трансфузии (вид, тяжесть)
17. Идентификатор лица, проводившего переливание

**Форма № 007/у "Форма учета реципиентов крови и ее компонентов"**

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
2. Число, месяц и год рождения
3. Домашний адрес
4. Место работы/ учебы/ школа
5. МО прикрепления
6. Сроки пребывания в стационаре
7. Диагноз пациента
8. Дата и время гемотрансфузии
9. Наименование компонента крови
10. Номер этикетки
11. Дозировка
12. Всего трансфузий по каждому виду компоненту с указанием
13. Дата, номер, результат обследования на вирус иммунодефицита человека - инфекции при наличии (далее - ВИЧ), гепатиты В и С

**Форма № 008/у "Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов" за \_\_\_\_\_ год**

№ п/п	Дата поступления трупа	ИИН	Ф.И.О. (при его наличии) умершего	Дата рождения	Пол	Кем принят труп (Ф.И.О. (при его наличии))	Название отделения (или МО откуда поступил труп)	№ карты стационарного пациента	Название кладбища, где будет захоронен умерший
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Обоснование выдачи трупов	Кем выдан труп (Ф.И.О. (при его наличии))	Дата выдачи трупа или захоронения больницей	По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия	Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта	Фамилия сопровождающего
11	12	13	14	15	16

**Форма № 009/у "Акт констатации биологической смерти/изъятия органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга"**

Дата и время заполнения

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)

№ истории болезни

Наименование лечебной организации

Основной диагноз код

Причина смерти

Состав комиссии:

Ф.И.О. (при его наличии) заведующего реанимационным отделением, ID

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

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

Ф.И.О. (при его наличии) судебно-медицинского эксперта, ID

Констатировали биологическую смерть

Время констатации биологической смерти

Заполняется при изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации

Изъятие донорских органов и тканей произведено после констатации смерти (смерти мозга) пациента по разрешению (наименование лечебной организации, должность, Ф.И.О. (при его наличии))

Производил (и) изъятие донорских органов и тканей врач (и)-хирург (и) Ф.И.О. (при его наличии), ID должность

Способ изъятия донорских органов (описание инструментальных вмешательств и операции)

При изъятии донорских органов и тканей присутствовали:  
судебно-медицинский эксперт Ф.И.О. (при его наличии), ID  
реаниматолог Ф.И.О. (при его наличии), ID

Куда помещены и кому переданы донорские органы и ткани

Время начала изъятия

Время окончания изъятия

Заполняется при констатации смерти на основании смерти мозга:

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга

Комиссия құрамы (Состав комиссии):

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

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

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

обследовала состояние гражданина и установила:

1. По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие

2. По состоянию самостоятельного дыхания

2.1 При разъединительном тесте

3. По состоянию тонуса мышц

4. По состоянию зрачков

5. По рефлекторным реакциям на внешние воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)

6. При температуре тела

7. При артериальном давлении

8. По данным электроэнцефалографических исследований

9. По данным ангиографии

10. При сроке наблюдения в течение \_\_\_\_ часов с периодичностью неврологических осмотров через каждые \_\_\_\_\_ часов

11. С учетом данных дополнительных исследований (токсикологических, определения метаболизма мозга и др.)

Список сокращений формы № 009/у "Акт констатации биологической смерти/ изъятия органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга"

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))



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

### Форма № 010/у "Журнал учета консервированного костного мозга"

Начат окончен

№ п/п	Ф.И.О. (при его наличии) донора	Группа крови	Резус принадлежность	Дата заготовки	№ этикетки	Подготовка костного мозга к замораживанию							
						охлаждающий раствор	№ и дата заготовки крови (сыворотки) АВ (N) группы	№ контейнера	объем костного ядра в контейнере	общее количество ядер одержанных клеток	жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	бактериологический контроль костного мозга перед замораживанием	Ф.И.О. врача подготовившего костный мозг к замораживанию
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Разворот ф. № 010/у

Дата замораживания	Размораживание							Куда выдан костный мозг	Дата и время (час., мин.) выдачи	Срок годности	Расписка лица, получившего костный мозг
	Дата	№ контейнеров	Объем костного мозга, подготовленного к трансплантации и количество флаконов	Количество ядерных клеток в млрд.	Жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	Бактериологический контроль	Ф.И.О. врача, проводившего размораживание костного мозга				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

### Форма № 011/у "Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)"

Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части органа)

\_\_\_\_\_  
 Наименование, количество ткани и (или) органа (части органа))

\_\_\_\_\_  
 Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа)

---

ФИО донора, возраст, пол

---

Группа крови, резус

---

Дата поступления

---

№ истории болезни

---

Диагноз \_\_\_\_\_

Время нахождения на искусственной вентиляции легких)

---

Время гипотензии

---

Диурез в последние сутки, часы

---

Фармподготовка донора

---

Период ишемии

---

Особенности изъятия ткани и (или) органа (части органа)

---

Давление при отмывке

---

Степень отмывки

---

Способ консервации органа (части органа), название консервирующего раствора:

---

Срок годности консервирующего раствора:

---

Дата проведения и результаты исследования иммуноферментного анализа (далее - ИФА)

и (или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее – ПЦР) на: - АИТВ (ВИЧ):

---

- Гепатит В:

---

- Гепатит С:

---

- Сифилис:

Период консервации:

Почки правой \_\_\_\_\_ левой \_\_\_\_\_

Легкой правой \_\_\_\_\_ левой \_\_\_\_\_

Сердца \_\_\_\_\_

Печени \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

ФИО реципиентов 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Возраст, группа крови 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Иммунологические показатели донора \_\_\_\_\_

Реципиентов 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Функции трансплантата \_\_\_\_\_

Название организации здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших изъятие

и консервацию органа (части органа):

ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию: \_\_\_\_\_

День, месяц, год, время – " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

**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

б) синдром неуточненного жестокого  
обращения

21. Госпитализирован:

с лицом по уходу

с кормящей матерью



	к о д наименование			к о д наименование		Хирург Ассистент
	к о д наименование			к о д наименование		Хирург Ассистент
	к о д наименование			к о д наименование		Хирург Ассистент

Применимо к стационарам, оказывающим помощь наркологическим пациентам:

Вид употребляемого наркотика:

	Вид наркотика	С р о к регулярного употребления ( год)	Возраст первой п р о б ы 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 прогрессировании 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 <input type="text"/> Вес <input type="text"/> Окружность груди <input type="text"/> Окружность головы <input type="text"/>
Скрининг на наследственную патологию	
Аудиологический скрининг	Дата, результат
Офтальмологический скрининг	Дата, результат
Вакцинация	БЦЖ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет ИПВ (ОПВ) <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Гепатит <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> 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 масса 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 T

с подъемом сегмента ST

без подъема сегмента ST

инверсия зубца T

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	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	>90	100
Частота сердечных сокращений (ударов в минуту)	<50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	>200	46
Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.)	<80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	>200	0
Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л)	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	10
	141-176	13
	177-353	21
	>354	28
Класс сердечной недостаточности (по классификации Killip)	I	0
	II	20
	III	39
	IV	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 Killip)

<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 T, 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 T (симптомные или асимптомные)

Сумма баллов по шкале GRACE >140

Критерии промежуточного риска

нет

да

Сахарный диабет

Почечная недостаточность (СКФ <60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>)

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	9
	31-33.9	7
	34-36.9	3
	37-39.9	2
	> 40	0
	< 15	39

*Клиренс креатинина	>15-30	35
	>30-60	28
	>60-90	17
	>90-120	7
	>120	0
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	< 70	0
	71-80	1
	81-90	3
	91-100	6
	101-110	8
	111-120	10
	> 121	11
Пол	Мужской	0
	Женский	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	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Тикагрелор	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
* Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
НФГ (гепарин)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Фонда паринукс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
ТМГ (эноксапарин)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Бивалирудин (только при наличии в анамнезе гепарининдуцированной тромбоцитопении)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	да <input type="checkbox"/> неизвестно	да <input type="checkbox"/> неизвестно
b-блокаторы (метопролол в ампулах)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
b-блокаторы (метопролол-тарtrat) короткого действия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Нитроглицерин (таблетки *ампулы,аэрозоль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Нитраты короткого действия (моонитраты)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
ИАПФ короткого действия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да

Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)	нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> неизвестно
БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Статины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Амиодарон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Другие антиаритмики	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Инсулин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> да

	неизвестно	неизвестно	<input type="checkbox"/> неизвестно
Сахароснижающие препараты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Антагонисты витамина К / Пероральные антикоагулянты**	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Антагонисты альдостерона (Спиронолактон / *эклеренон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Диуретики	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Дигоксин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Кардиоверсия дефибриляция	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно

Механические устройства поддержки кровообращения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриаортальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> другие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриаортальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> другие <input type="checkbox"/> неизвестно
гипотермия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
ИВЛ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно

\* Непатентованное название препаратов

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

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

Буква	Клиническая характеристика	Баллы
H	Гипертензия	1
A	Нарушение функции почек и (1 балл каждое)	1+1
S	Инфаркт мозга	1
V	Кровотечение	1
L	Лабильное МНО	1
E	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 тромболитической терапии (дд/мм/) /).

время окончания проведения тромболитической 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 ТІМІ в ИЗА или симптомном сосуде:

0

1

2

3

Выбор метода реваскуляризации (при наличии)

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 тромболитика

ЧКВ после успешного тромболитика (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 <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие 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 Фракционног о резерва кровотока и других исследований						
Степень восстановлен и я	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
коронарного кровотока по критериям	0, <input type="checkbox"/>	0, <input type="checkbox"/>	0, <input type="checkbox"/>	0, <input type="checkbox"/>	0, <input type="checkbox"/>	0, <input type="checkbox"/>
ТІМІ-ІІІ в	1, <input type="checkbox"/>	1, <input type="checkbox"/>	1, <input type="checkbox"/>	1, <input type="checkbox"/>	1, <input type="checkbox"/>	1, <input type="checkbox"/>
ІЗА или	2, <input type="checkbox"/>	2, <input type="checkbox"/>	2, <input type="checkbox"/>	2, <input type="checkbox"/>	2, <input type="checkbox"/>	2, <input type="checkbox"/>
симптомном сосуде	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Рестеноз внутри стента

нет

да

Вовлечение бифуркаций

нет

да

Применение тромбозктомических устройств:

нет

да

неизвестно

17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ

нет

да

тромбоз стэнда

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	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО
ФП (впервые возникшая)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО
ЖТ	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО
АВ блокада II-III ст.	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО
Механические осложнения*	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО

Инсульт	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Кровотечения	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Трансфузия крови	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Низкий гемоглобин	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
ОПН (контраст-индуцированная) нефропатия)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
другие	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> 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.		



\*При хронической сердечной недостаточности ХСН (функциональный класс по NYHA)

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  
антикоагулянтную 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 масса 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

Пьет 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

Консультации 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 пациента

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) Mini-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 (использует 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/гг) .

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 пациента

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 (использует 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

#### **Форма № 013/у "Форма учета отделения (палаты) новорожденных"**

1. № истории родов и истории развития новорожденного
  2. Откуда ребенок поступил в отделение и дата поступления
  3. Индивидуальный идентификационный номер и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери
  4. Дата и время рождения новорожденного
  5. Пол
  6. Рост, см
  7. Вес, гр
  8. Оценка по шкале Апгар; доношенный/недоношенный
- Из учетной формы № 001/у
9. Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся пациентами (заболевшими)
  10. Информация о вакцинации
- Из учетной формы № 001/у при выписке
11. Исход пребывания
  12. Вес новорожденного при выписке (переводе)
  13. Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка да, нет)

#### **Форма № ТБ 014/у "Медицинская карта пациента туберкулезом № \_\_\_"**

Дата регистрации Дата госпитализации

I. Информация о пациенте:

1. ИИН
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Регистрационный №

4. Дата рождения
5. Пол

мужской

женский

6. Возраст
7. Национальность, гражданство
8. Житель

города

села

БОМЖ.

9. Адрес фактического проживания
10. Ф.И.О. (при его наличии) близкого лица
11. Адрес близкого лица

II. Выявление:

1. обращение

группа риска



—

обязательный контингент

прочие

2. профосмотр

группа риска

обязательный контингент

прочие

3. посмертное

группа риска

обязательный контингент

прочие

4. Дата появления первого симптома

5. Дата обращения в ПМСП.

6. Дата обращения в противотуберкулезную организацию— при наличии (далее – ПТО).

III. Социально-профессиональный статус

IV. Факторы риска:

туберкулез (далее – ТБ);



беременность;



туберкулез с множественной



не вакцинирован БЦЖ.

лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)



туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – ШЛУ ТБ);



сахарный диабет;



наркомания;



злоупотребление алкоголем;



нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;



ВИЧ;



неизвестен.



женщины в послеродовом периоде до 1 года;

V. Тип пациента

VI. Локализация и форма туберкулеза:

Диагноз

Осложнения туберкулезного процесса



нет



да

VII. Результаты исследования:

1. Наименование исследования

2. Дата исследования

3. Результат исследования

4. Посев мокроты (метод)

5. Рентген снимки (дата, результат)

6. Гистологически верифицирован

VIII. Информация о лечении:

1. МО в интенсивной фазе

2. МО в поддерживающей фазе

3. Дата начала лечения

4. Дата окончания лечения

5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

IX. Категория и схема лечения:

1. Интенсивная фаза (дата начала лечения, дата окончания лечения, наименование)

2. Поддерживающая фаза (дата начала лечения, дата окончания лечения, наименование)

Антиретровирусная терапия начата:



да



нет

Если начато, дата начала.

Профилактик. терапия котримоксазолом начата:

да

нет Если начато, дата начала.

X. Противотуберкулезные препараты (лист назначений)

1. Дата начала приема

2. Наименование препарата (в интенсивной фазе, в поддерживающей фазе)

3. Единица измерения

4. Доза (мг)

5. Объективные измерения пациента

XI. Дата окончания лечения.

XII. Исход лечения

Если пациент умер:

Дата смерти Место смерти

XIII. Диагноз снят

Диагноз окончательный

Примечания:

Фтизиатр Ф.И.О. (при его наличии), ID

Заполняется при смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного  
сопутствующий

Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID

Список сокращений формы № ТБ 014/у "Медицинская карта пациента туберкулезом":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
5	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
6	БОМЖ	Без определенного места жительства
7	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
8	ПТО	Противотуберкулезные организации
9	БЦЖ	Вакцина против туберкулеза
10	МИС	Медицинская информационная система
11	ТЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность

**Форма № ТБ 015/у "Медицинская карта пациента туберкулезом категории IV" № \_\_\_\_\_**

Дата регистрации

Дата госпитализации

I. Информация о пациенте:

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Регистрационный №

4. Дата рождения

5. Пол

мужской



женский

6. Возраст

7. Национальность

8. Гражданство

9. Житель



города



села



БОМЖ.

10. Адрес фактического проживания

11. Ф.И.О. (при его наличии) близкого лица

12. Адрес близкого лица область район город улица дом квартира

II. Выявление:

1. обращение



группа риска



обязательный контингент



прочие

2. профосмотр



группа риска



обязательный контингент

прочие

3. посмертное

группа риска

обязательный контингент

прочие

Дата появления первого симптома

III. Эпизоды предыдущего лечения

№	Дата нач. лечения	тип	Схема лечения	Исход	Дата окон. леч.
1					

IV. Факторы риска:

туберкулез (далее – ТБ);

нахождение в местах лишения свободы

туберкулез с множественной за последние 2 года; лекарственной устойчивостью –

ВИЧ; при наличии (далее – МЛУ ТБ)

неизвестен.

туберкулез с широкой лекарственной

женщины в послеродовом периоде устойчивостью – при наличии (далее – до 1 года; ШЛУ ТБ);

беременность;

сахарный диабет;

не вакцинирован БЦЖ.

наркомания;

злоупотребление алкоголем;

V. Социально-профессиональный статус

VI. Тип пациента:

VII. Локализация и форма туберкулеза:

Диагноз Осложнения туберкулезного процесса

нет

да



VIII. Причина перевода в категорию IV.

IX. Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии (далее – ВКК):

1. Форма ТБ
2. Дата проведения ВКК
3. Принятое решение при МЛУ ТБ:
4. Заключение при МЛУ ТБ.
5. Причина не назначения. при ШЛУ ТБ:
6. Заключение при ШЛУ ТБ.
7. Причина не назначения.
8. Дата перевода на другой режим.

X. Информация о лечении:

1. МО в интенсивной фазе
2. МО в поддерживающей фазе
3. Дата начала лечения
4. Дата окончания лечения
5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

Для пациентов с положительным результатом по 113 коду:



Антиретровирусная терапия начата:



профилактическая терапия котримоксазолом начата

XI. Результаты исследования:

1. Наименование исследования
2. Дата исследования
3. Результат исследования
4. Посев мокроты (метод)
5. Рентген снимки (дата, результат)

XII. Противотуберкулезные препараты (лист назначений) категории IV

1. Наименование препарата
2. Дата начала лечения
3. Единица измерения
4. Доза (мг)
5. Изменение дозы и отмена приема лекарств
6. Объективные измерения пациента

XIII. Дата окончания лечения

XIV. Исходы лечения

Если пациент умер:

Дата смерти.

Место смерти

XV. Диагноз снят.

Примечания:

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

Примечание:

Заполняется при смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:



да



нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного сопутствующий

Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID

Список сокращений формы № ТБ 015/у категории IV "Медицинская карта пациента туберкулезом категории IV":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
5	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
6	БОМЖ	Без определенного места жительства
7	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
8	ПТО	Противотуберкулезные организации
9	БЦЖ	Вакцина против туберкулеза



Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)

Месяц											
1		2		3		4	5		6		
М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №	Лаб №		Лаб №		

**продолжение таблицы**

Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)

Месяц											
7		8		9		10		11		12	
М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №	

\*1- Новый; 2- Рецидив; 3- Нарушение режима; 4- НЛ после I кат; 5 - НЛ после II кат ; 6 - НЛ после III кат; 7 - Переведен; 8 - Другие: 8.1 –рецидив МБТ (-); 8.2 - лечение после перерыва МБТ (-); 8.3 –неудача лечения МБТ (-); 8.4 –симптоматическое лечение . Молекулярный: Хайн-тест, G-Хрег

**средняя часть**

Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)

Айлар/Месяц																					
12		13		14		15		18		21		24		27		30		33		36	
М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №	

**правая часть**

Исходы лечения (дата)							Мероприятия по ВИЧ/ СПИД (результат/ дата)			Примечание	
Вылечен	Лечение завершено	Неудача лечения	Нарушение режима лечения	Переведен	Умер			Тест	АРТ	ПТК	
					От ТБ		От других причин				
					В стационаре	Не в стационаре					

Аббревиатура лекарств: ПТП первого ряда: Н – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левифлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – П-аминосалициловая кислота;

АРТ – антиретровирусная терапия, ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

Дата начала ведения

Международное непатентованное наименование и дозировка

Торговое название Производитель Страна-производитель

Накладная поставщика №

Форма выпуска:

Единица измерения: Серия

Срок годности.

№ п/п	Дата (день, месяц)	Остаток на начало года, дня, месяца	Приход				Всего приход с остатком
			Количество	П о разрядке	№ накладной	Из других учреждений, ведомств	
							Кол-во

продолжение таблицы

Расход	Всего расход	Остаток на конец дня, месяца	Примечания (возврат, потери)			
Куда (ПМСП, ПТО, район, отделение, пост)	№ Накладной Кол-во ПТП	В самом учреждении	В другие (районы, ПТО ПМСП)			

Список сокращений формы № ТБ 018/у "Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов":

1	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
2	ПТО	Противотуберкулезные организации
3	ПТП	Противотуберкулезные препараты

Приложение 2 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 № 019/у "Форма учета операций/манипуляций"**

1. Дата и время
2. Индивидуальный идентификационный номер

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения
5. Адрес проживания
6. Кем направлен
7. Взято на гистологию
8. Диагноз (до, после операции/манипуляции)
9. Код и название операции/манипуляции
10. Метод обезболивания
11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор хирурга, ассистента, операционной сестры/медицинской сестры

### **Форма № 020/у "Форма учета родов"**

1. Дата и время обращения
2. Индивидуальный идентификационный номер

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) роженицы
4. Дата рождения
5. Адрес проживания
6. Которая беременность, которые роды
7. Роды в срок или преждевременные
8. Психопрофилактическая подготовка к родам
9. Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)
10. Осложнения в родах. Экстрагенитальные заболевания
11. Операции, пособия в родах (указать какие)
12. Дата и время родов (число, месяц, час, минута)
13. Сведения о новорожденном (живой/мертвый, пол)
14. Кто принимал роды (врач, акушерка), фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор

### **Форма № 021/у "Форма учета медицинского освидетельствования, справок"**

1. Дата и время проведения освидетельствования или выдачи справки

2. Индивидуальный идентификационный номер

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

4. Дата рождения

5. Место жительства

6. Кем направлен (заполняется при наличии направления)

7. № направления (заполняется при наличии направления)

8. Причина направления (заполняется при наличии направления)

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) доставившего (заполняется при наличии направления)

10. Заключение

11. Идентификатор сотрудника, выполнившего освидетельствование или выдавшего справку

**Форма № 022/у "Карта диализа" № \_\_\_\_\_**

Общая часть

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

мужской

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Гражданство

8. Житель

города

села

Адрес проживания

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Группа инвалидности

12. Тип возмещения

13. Социальный статус

14. Наименование направившей МО (из регистра МО)

15. Диагноз основной код наименование

16. Фоновые заболевания код наименование

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

17. Дата начала лечения гемодиализом

18. Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

19. Дата проведения: начало, окончание

20. Гемодиализ №

Аппарат №

21. Тип диализатора:



низко поточный

высоко поточный  
размер

м2, производитель

22. Гемодиализ:

бикарбонатный

23. Профиль ультрафильтрации:

ИУФ

УФ

Na

24. Сосудистый доступ:

A-V фистула

протез

катетер

25. Антикоагулянт:

гепарин

клексан

фраксипарин

26. Доза

ед.

27. Способ

общая

дозированная

□

региональная

28. Скорость кровотока

мл/мин. Скорость потока диализата

мл/мин

29. Назначенное время ГД

ч. Эффективное время ГД

ч.

30. Сухой вес

31. Вес до ГД

, вес после ГД

32. Ультрафильтрация

33. Артериальное давление:

	До ГД	1 час	2 часа	3 часа	4 часа	после ГД
АД						

34. Лекарственные препараты

Наименование препарата	Ед. из.	Количество

35. Технические осложнения

36. Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении:

37. Причина прекращения лечения гемодиализом

38. Проведено процедур гемодиализа: \_\_\_\_\_

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

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

Применимо при: РЕТ оценочный лист

Дата проведения:

№ МКСБ

Вес:

Рост:

Возраст:

BSA (m2):

BW(L):

Ночной залив: р-р

Время задержки:

Объем залива:

Объем слива:

РЕТ: р-р

Начало залива: окончание залива:

Объем залива:

Объем слива:

Ультрафильтрация:

Длительность слива:

Кровь	Креатинин (мкмоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор (ммоль/л)
0 минут				
120 минут				
240 минут				
Диализат	Креатинин (мкмоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор(ммоль/л)
ночной				
свежий				
0 минут				
30 минут				
60 минут				
120 минут				

180 минут				
240 минут				

Кровь	Креатинин	Глюкоза	Скорректированный креатинин		
Кровь 2-х часовая					
Диализат	Креатинин	Глюкоза	Скорректированный креатинин	D/P	D/D0
Диализат 0 часовой			0 часовой		
Диализат 2х часовой			2х часовой		
Диализат 4х часовой			4х часовой		

**Фактор коррекции**  
**ФК**=креатинин свеж р-р / глюкоза свеж р-р  
**ФК**=Скорректированный креатинин

**кровь 2х часовая**  
Креатинин\* \_\_\_\_\_ (-)  
Глюкоза=(\_\_\_\_\_) x ФК = \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин= \_\_\_\_\_

**Диализат**  
0 часовой Креатинин\* \_\_\_\_\_ (-)  
Глюкоза=(\_\_\_\_\_) x ФК = \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин= \_\_\_\_\_  
2х часовой Креатинин\* \_\_\_\_\_ (-)  
Глюкоза=(\_\_\_\_\_) x ФК / ФК = \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин= \_\_\_\_\_  
4х часовой Креатинин\* \_\_\_\_\_ (-)  
Глюкоза=(\_\_\_\_\_) x ФК = \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин= \_\_\_\_\_  
4х часовой Креатинин\* \_\_\_\_\_ (-)  
Глюкоза=(\_\_\_\_\_) x ФК = \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин= \_\_\_\_\_

**D/P Dialysate/Plasma Ratios**  
**D/P на 0 часов**  
Скорректированный креатинин диализата, 0 часов \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин крови \_\_\_\_\_

**D/P на 2 часа**  
Скорректированный креатинин диализата 2 часов \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин крови \_\_\_\_\_

**D/P на 4 часа**  
Скорректированный креатинин диализата, 4 часов \_\_\_\_\_  
Скорректированный креатинин крови \_\_\_\_\_

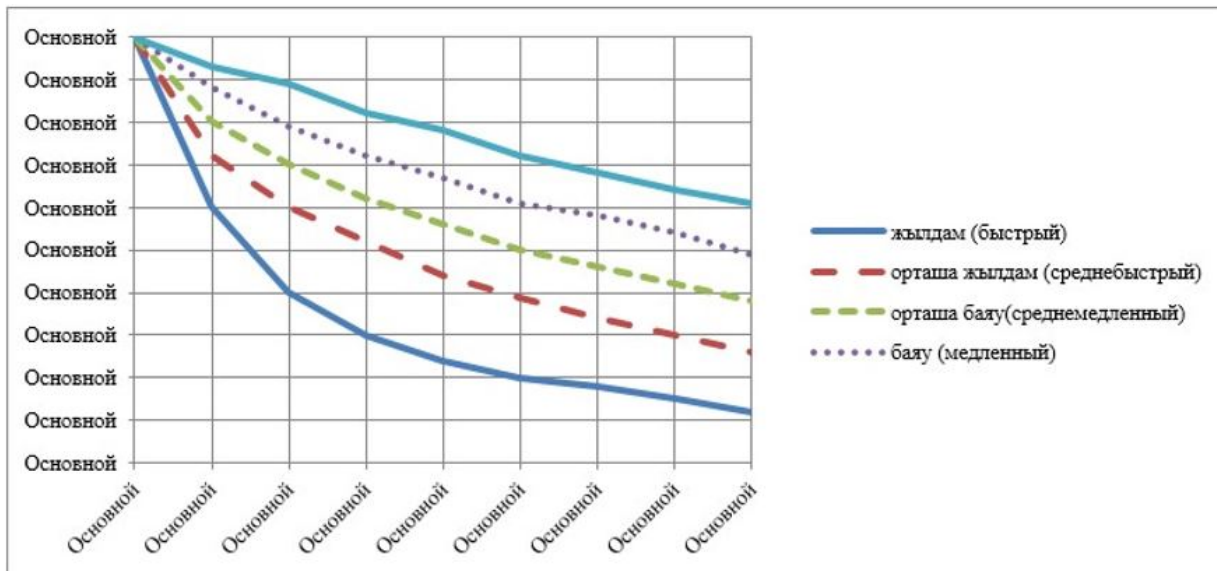
**D/D<sub>0</sub>**  
Глюкоза 2 часов = \_\_\_\_\_  
Глюкоза 0 часов \_\_\_\_\_  
Глюкоза 4 часов = \_\_\_\_\_  
Глюкоза 0 часов \_\_\_\_\_

Креатинин\* - измеренный креатинин

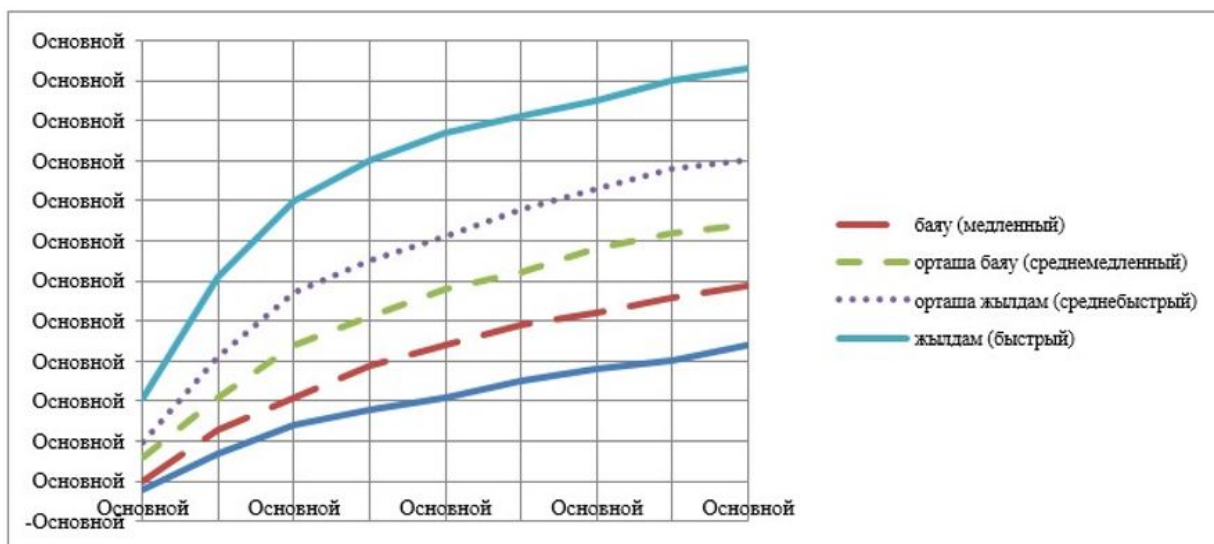
Фактор конвертации: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷

Мочевина: мг/дл=ммоль/л x 2,82

D/D0 Глюкоза



### D/P скорректированный креатинин



Транспортная категория	4x часовой D/P креатинина	4x часовой D/D0 глюкозы
Быстрый	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Среднебыстрый	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Среднемедленный	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48
Медленный	0,34 – 0,49	0,49 – 0,61

Заключение:

Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

Дата

Применимо при: Оценочный лист адекватности ПД

Кровь

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

24x-часовая моча и диализат

--	--	--	--

	МочевинаМмоль/л	КреатининМкмоль/л	Vol inml	Vol outml	Net volml
Диализат					
Моча					

ПД-программа:

Результаты:

modality	CCr Total NormL/week/1.73m2	Total KT/V	Fluid removalL	eGFRml/min	Albuming/dl

Продолжение таблицы

nPCRg/kg/day	BSAm2	eTBWL	Transport type	4-hr CRT D/P	Age

Urea Clearance

L/week Creatinine Clearance (CrCl)

L/week  
Residual Urea Clearance

L/week Residual CrCl

L/week  
Dialysate Urea Clearance

L/week Dialysate CrCl

L/week  
Urea Generation Rate





"Сухой" вес утром после АПД (без залитого диализата)										
АД	перед подключением (вечер)									
	после отключения (утро)									
Общий объем мочи на утро (за предыдущие сутки)										
	Подпись									

Список сокращений формы № 022/у "Карта диализа":

1	4-hr CRT	4 часово й катетер-ассоциированный тромбоз (Catheter-Related Thrombosis)
2	Age	Возраст
3	Albumin	Альбумин
4	BSA	Площадь поверхности тела (body surface area)
5	BSA	Площадь поверхности тела в м2
6	BW	Вес пациента
7	CCr	Очищение креатинина (creatinine clearance)
8	Creatinine clearance	Очищение креатинина
9	Dialysate Urea Clearance	Диализированный продукт
10	eGFR (epidermal growth factor receptor)	Рецептор эпидермального фактора роста
11	Fluid removal	Отвод жидкости
12	ID	Идентификатор (электронная цифровая попись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)
13	Modality	Способ воздействия
14	Net vol	Чистый объем, миллилитры
15	Normalized CrCl	Нормализованное очищение креатинина
16	nPCR, NPCR	СТСКБ - стандартизованная скорость катаболизма белков (normalized protein catabolic rate)
17	PET	тест перитонеального равновесия (peritoneal equilibration test)
18	Residual Urea Clearance	Оставшееся время очищения мочевины

19	Total KT/V	Уравновешенное очищение мочевины, умноженный на время и стандартизованный по общему объему воды тела - объему распределения мочевины
20	Transport type	Тип транспортировки
21	Urea Clearance	Очищение мочевины
22	Urea Generation Rate	Скорость формирования мочевины
23	Vol in ml	Влито, миллилитры
24	Vol out ml	Вылито, миллилитры
25	АПД	Автоматический перитонеальный диализ
26	ГД	Гемодиализ
27	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
28	ИУФ	Изолированная ультрафильтрация
29	МКСП	Медицинская карта стационарного пациента
30	МО	Медицинская организация
31	ПД	Перитонеальный диализ
32	УФ	Ультрафильтрация
33	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
34	ФК	Фактор коррекции

**Форма № 023/у "Журнал учета разведенных цитостатиков"**

Начат " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года окончен " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

дата выдачи цитостатика для разведения	Ф.И.О. (при его наличии) и подпись выдавшего лица	кол-во	дата разведения	наименование отделения, направивших заявку на разведение цитостатика	расход (мг, количество фл/амп)	общий остаток цитостатика	доза утилизируемого остатка (мг, количество фл/амп)	время вскрытия флакона/ампулы, срок и температура хранения остатка цитостатика по инструкции	Ф.И.О. (при его наличии) разводившего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Форма № 024/у "Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении"**

Отделение \_\_\_\_\_

Начат " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года окончен " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	дата	№ заявки	отделение	№ истории болезни пациента	Ф.И.О. (при его наличии) пациента	Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача	Наименование назначаемого цитостатика (МНН), доза
1	2	3	4	5	6	7	8

Медицинские работники Кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств заполняют ячейки № 2; 3; 4. Старшая медицинская сестра клинического подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков.

**Форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии" 20 \_\_\_\_ года**

Р/с № п/п	Дата	Ф.И.О. (при его наличии) врача, направившего пациента	Ф.И.О. (при его наличии) пациента	ИИН	Дата рождения	Адрес пациента	Место работы (название предприятия и цеха, организации)	Профессия (выполняемая работа, должность)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Диагноз или повод, по которому пациент представлен на ВКК	№ листа о временной нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листа о временной нетрудоспособности, дата направления на МСЭ, заключение МСЭ)	Идентификатор члена комиссии	Примечания
10	11	12	13	14	15

**Форма № 026/у "Заключение врачебно – консультационной комиссии"**

№ \_\_\_\_ от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Выдана физическому лицу \_\_\_\_\_

—  
Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

—  
Дата рождения \_\_\_\_\_

—  
Пол \_\_\_\_\_

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

—  
—  
Заключение врачебно – консультационной комиссии \_\_\_\_\_

—  
—  
Председатель комиссии \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

Секретарь \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

М.П.

**Форма № 027/у "Справка"**

Дата выдачи

Наименование МО

1. Индивидуальный идентификационный номер

2. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) в соответствии с документами,  
удостоверяющими личность

3. Дата рождения:

4. Адрес проживания

5. Медицинское заключение

6. Рекомендации (при наличии)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего  
справку,

Место печати

--	--

Место для фото

Форма № 028/у "Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта  
(в том числе из государства-члена ЕАЭС)  
№ \_\_\_\_\_ " (наименование учреждения (организации), выдавшего заключение)

1. Индивидуальный идентификационный номер/номер паспорта
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (полностью)
3. Пол
4. Дата рождения
5. Дата последнего въезда в Республику Казахстан
6. Адрес постоянного места жительства
7. Заключение терапевта/ВОП Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его), дата и время

Результаты обследования\*:

Инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, венерическая лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

ВЫЯВЛЕНО

НЕ ВЫЯВЛЕНО

Лепра (болезнь Гансена):

ВЫЯВЛЕНО

НЕ ВЫЯВЛЕНО

Данные рентгенологического (флюорографического) обследования дата и время, результат:

Туберкулез:

выявлено

не выявлено

8. Заключение инфекциониста Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных заболеваний и гриппа)

выявлено

не выявлено

9. Заключение психиатра Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

10. Заключение нарколога Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ дата и время, результат.

Руководитель государственного учреждения (организации) здравоохранения: (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Место печати

Примечание:

\* - при пребывании с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по подпунктам 6.1-6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) – АКДС, против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита "В", туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

Дата заполнения:

Срок действия: 3 месяца

**Форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности"**

№ п/п	№ листа о временной нетрудоспособности, выданного данной мед. организацией		№ листа о временной нетрудоспособности, выданного другой медицинской организацией		ИИН пациента	Дата рождения	Адрес пациента	Место работы и должность
	первый	продолжение	первый	продолжение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Диагнозы		Ф.И.О. врача			Освобожден от работы	Всего календарных дней освобождения от работы	Отметка о направлении пациента в другие лечебные организации	
первичный	заклучительный	выдавшего лист о временной нетрудоспособности	закончившего лист о временной нетрудоспособности	с какого числа	по какое число			
10	11	12	13	14	15	16	17	

**Форма № 030/у "Журнал учета мероприятий формирования здорового образа жизни (далее – ФЗОЖ)"**

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) специалиста, должность, № участка, № АПО

№ п/п	Дата	Количество времени	Вид мероприятия	Тема	Охват слушателей	Количество слушателей	
1	2	3	4	5	6	7	

Пояснение по заполнению формы № 030/у "Журнала учета мероприятий по ФЗОЖ"

:

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

2. В графе 4 "Вид мероприятий" для унификации данных предлагается использование букв алфавита:

Л – лекция; ОС – обучающий семинар; СП – стендовая пропаганда; ББ – раздача буклетов, брошюр, листовок; СМИ – выступления в средствах массовой информации; КЗ – клубы здоровья (для молодых родителей, диабетиков); А – различные медико-социальные исследования (анкетирование).

3. В графе 5 "Тема" указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям.



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

5. В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять Ф.И.О. (при его наличии) слушателей, а только указать их количество.

В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав:

в третьей графе –общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы,

в четвертой графе – количество видов санпросвет работы,

в пятой графе –количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ

в шестой графе –общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями.

### 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 (пенитенциарной) 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 организацией "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 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 _____	по _____	Число календарных дней нетрудоспособности	Код по МКБ-10
	20__ года	20__ года		
			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

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. Код быстрого отклика (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 (при оказании 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 лица с инвалидностью № \_\_\_\_\_

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)	Код быстрого отклика

**Форма № 032/у "Журнал регистрации и реабилитации лиц с инвалидностью"**

Р/с№ №п/п	Дата	Ф.И.О. (при его наличии).	ИИН	Дата рождения, возраст	Домашний адрес и телефон	Место работы	Группа инвалидности/Ребенок с инвалидностью
1	2	3	4	5	6	7	8

**Продолжение таблицы**

Клинический диагноз	Тип освидетельствования первичное (1) повторное (2)	Группа инвалидности / Ребенок с инвалидностью (1) Группа снята (2) Продлен больничный лист (3)	Реабилитация Круглосуточный стационар (1) Дневной стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаторно – курортное лечение (4) Стационар на дому (5) Реконструктивная хирургия (6)	Результат медицинской реабилитации Неисполнение (1) Незавершенное (частичное) (2) Полное (3) Улучшение(4) Выздоровление (5) Ухудшение (6) Без динамики (7)	Умерло лиц с инвалидностью
9	10	11	12	13	14

**Форма № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации лица с инвалидностью"**

№ \_\_\_ 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

**Форма № 034/у "Извещение"**

Направлено в:

Общая часть

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

мужской

женский

5. Адрес проживания

6. Контактный телефон

7. Семейное положение

8. Место работы/учебы/детского учреждения

9. Адрес организации

10. Должность пациента

11. Дата: заболевания первичного обращения/выявления установления диагноза госпитализации

12. Диагноз

13. Куда направлен пациент (из регистра МО)

14. Наименование МО, заполнившей извещение (из регистра МО)

15. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор врача заполнившего извещение

16. Дата и время заполнения

Заполняется при инфекционных заболеваниях:

1. Указать где произошло, описать обстоятельства

2. Контактные лица:

2.1 Ф.И.О. (при его наличии)

2.2 Отношение к пациенту

2.3 Адрес проживания

2.4 Контакты

3. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения

Заполняется при профессиональных заболеваниях и (или) отравлениях, в том числе подозрениях на них:

1. Общий стаж работы

2. Стаж работы (в контакте с вредными производственными факторами)

3. Вредный производственный фактор, вызвавший заболевание

4. Если отравление – указать где произошло, чем отравлен

Заполняется при онкологическом заболевании:

1. Обстоятельства выявления опухоли

2. Стадия опухолевого процесса
3. Диагноз
4. Метод подтверждения диагноза

Заполняется при трансплантации органа (части органа) реципиента:

1. Дата: выполнения трансплантации органа (части органа)
2. Дата выписки

Составляется медицинским работником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, паразитарное заболевание, пищевое отравление, профессиональное заболевание и (или) отравление, онкологическое заболевание или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в уполномоченный орган по месту выявления пациента не позднее установленного срока с момента обнаружения пациента.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, ослюбления домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Список сокращений формы № 034/у "Извещение":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МО	Медицинская организация
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

#### Форма № 035/у "Форма учета медицинских услуг"

1. Индивидуальный идентификационный номер;
2. Фамилия, имя, отчество пациента (при его наличии);
3. Дата и время;
4. Диагноз;
5. Наименование услуги;
6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор проводившего

Контрольный талон к справке о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя № _____ Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства	<b>Форма № 036/у "СПРАВКА о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией № _____"</b> Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства Диагноз
--	--

<p>           Диагноз            Заключительный диагноз            Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)            Освобожден от работы с дд/мм/гг по дд/мм/гг            Фамилия врача, выдавшего справку            Идентификатор врача            Приступить к работе (число и месяц)            Должность, фамилия и идентификатор врача (идентификатор лечебной организации)         </p>	<p>           Заключительный диагноз            Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)            Режим направлен на МСЭ (ВТЭ), дата и время            Находился в стационаре с дд/мм/гг по дд/мм/гг            Идентификатор врача            Освидетельствован МСЭ (ВТЭ), дата и время            Заключение МСЭ (ВТЭ)            Перевести временно на другую работу с _____ по _____            (Идентификатор МСЭ (ВТЭ))            Идентификатор главного врача            Идентификатор председателя         </p>
--	---

<p>           Контрольный талон к справке            № _____            Дата выдачи            Индивидуальный идентификационный номер            Фамилия, имя, отчество (при его наличии)            Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации            Диагноз заболевания            Освобожден с _____ по _____            Освобождение продлено: с _____ по _____            _____            Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку         </p>	<p> <b>Форма № 037/у "Справка № _____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)"</b> </p> <p>           Дата выдачи            Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)            Название учебного заведения, дошкольной организации            Индивидуальный идентификационный номер            Фамилия, имя, отчество (при его наличии)            Дата рождения (год, месяц, для детей до 1 года-день)            Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия)            Наличие контакта с инфекционными пациентами (нет, да, какими)            нужно подчеркнуть, вписать            освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации с дд/мм/гг по дд/мм/гг            Идентификатор медицинской организации            Идентификатор врача поликлиники         </p>
--	---

<p>           Контрольный талон к справке            № _____            Дата выдачи            Индивидуальный идентификационный номер         </p>	<p> <b>Форма № 038/у "Справка № _____ о временной нетрудоспособности"</b> </p> <p>           Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопедическое протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организациях, 4. усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за пациентом родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков         </p>
--	---

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное подчеркнуть)		
Дата рождения	Дата выдачи		
Место службы, работы	Индивидуальный идентификационный номер		
Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)		
Освобожден с дд/мм/гг по дд/мм/гг	Дата рождения		
Освобождение продлено: с дд/мм/гг по дд/мм/гг	Адрес проживания		
Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку	Место службы, работы		
Примечание:	Профессия, должность		
Контрольные талоны служат для учета выданных справок.	Диагноз заболевания (прочие причины освобождения))		
	Наличие контакта с инфекционными пациентами (нет, да, какими)		
	(подчеркнуть, вписать)		
	Освобождение от работы		
	с какого числа	по какое число (включительно)	должность и фамилия врача
			подпи
	Приступить к работе с дд/мм/гг		
	Идентификатор медицинской организации		

**Форма № 039/у "№ \_\_\_\_\_ Заключение судебно-психиатрической экспертизы"**

20 ____ год " ____ " _____
-------------------------------

Лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Дата рождения \_\_\_\_\_

— обвиняемого по статье \_\_\_\_\_

— или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в отношении

которого решается вопрос о дееспособности (нужное подчеркнуть)

— Экспертиза первичная, повторная, дополнительная; в двух последних случаях указывается когда, кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

Вопросы, поставленные перед экспертами:

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



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

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

Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела  
судебно-психиатрическая комиссия в составе):

Председателя \_\_\_\_\_

Членов комиссии \_\_\_\_\_

Врача-докладчика \_\_\_\_\_

Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по  
статье 420

Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены.

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы  
"Заключения" излагаются на следующих (листах).

**Форма № 040/у "№ \_\_\_\_\_ Заключение психиатрического освидетельствования  
осужденного"**

на испытуемого \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ осужденного по статье

на срок \_\_\_\_\_

Срок наказания исчисляется с \_\_\_\_\_

Психиатрическое освидетельствование осужденного произвела  
судебно-психиатрическая комиссия

в амбулаторных, стационарных (нужное подчеркнуть) условиях в составе:

Председателя \_\_\_\_\_

Членов комиссии \_\_\_\_\_

Врача-докладчика

на основании постановления \_\_\_\_\_

от 20 \_\_\_\_ года

Права и обязанности эксперта, предусмотренные от \_\_\_\_\_

УК \_\_\_\_\_

об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье.

\_\_\_\_\_  
УК \_\_\_\_\_ эксперты предупреждены.

Остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих \_\_\_\_\_ листах.

Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развитие заболевания, если таковое имеется: описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и экспертное заключение)

**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, при их отсутствии - 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, переносенный - 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 организации или  
Идентификатор медицинского работника  
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 подается не позднее трех рабочих дней со дня его рождения.

**Форма № 042/у "№ \_\_\_\_\_ Заключение психиатрического освидетельствования лица,  
находящегося на принудительном лечении"**

20\_\_ года " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

20\_\_ года " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ согласно определению суда

\_\_\_\_\_ обвинявшегося по статье  
\_\_\_\_\_ года " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ находящегося на  
принудительном лечении в данном учреждении

Психиатрическое освидетельствование произвела врачебная комиссия в составе:

Председателя \_\_\_\_\_

членов комиссии \_\_\_\_\_

остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих листах

**Форма № 043/у "Журнал регистрации стационарной и амбулаторной  
судебно-психиатрической экспертизы"**

начат 20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_ окончен

№ п/п	Дата поступления	Ф.И.О. (при его наличии)	ИИН	Пол	Дата рождения (год, месяц, число)	Кем, когда, на каком языке вынесено постановление о производстве экспертизы	Характеристика лица, подлежащего судебно-психиатрической экспертизе (подследственный, осужденный по гражданским делам)	Статья УК РК (ГК РК)	По данному делу экспертиза первичная, повторная, дополнительная	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Дата комиссии		Ф.И.О. (при его наличии) Председатель, члены, докладчик		СПЭК:	№ акта	Диагноз	Заключение (Рекомендованные медицинские меры)	Куда направлено лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе	Дата выписки из стационара	Общий срок проведения экспертизы

						ичес кой эксп ерти зе		(АСПЭК, ССПЭК)
11	12	13	14	15	16	17	18	19

**Форма № 044/у "Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (дому)"**

1. Регистрационный номер карты	РНК	
--------------------------------	-----	--

2. Карта:

– первичная

– вторичная

3. Фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_  
отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

4. ИИН \_\_\_\_\_

5. Национальность \_\_\_\_\_

6. Дата рождения / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (ДД/ММ/ГГГГ)

7. Возраст \_\_\_\_\_  
(полных лет)

8. Место жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (страна, область, административный район) (населенный пункт, улица, дом, кв.)

9. Медицинская организация, на уровне которой допущены дефекты оказания медицинских услуг

10. Диагноз направившей организации

Код МКБ-10

11. Диагноз заключительный

## Код МКБ-10

а) основной:	
б) сопутствующий:	
в) осложнения:	

### Экспертная оценка качества медицинской помощи

#### I. ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

0 – неизвестно;

1 – не наблюдался;

2 – дефектов не выявлено;

3 – отсутствие динамического наблюдения;

4 – недостатки обследования:

4.1 – не обследован,

4.2 – неполное лабораторно - инструментальное обследование,

4.3 – недостатки консультативной помощи профильных специалистов;

5 – описания жалоб и анамнезов:

5.1 – полные,

5.2 – неполные,

5.3 – не соответствуют диагнозу,

5.4 – анамнез не указан,

5.5 – анамнез не раскрыт полностью;

6 – недооценка тяжести состояния пациента;

7 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования;

8 – неадекватная терапия:

8.1 – лечение не проведено,

8.2 – проведено не в полном объеме,

8.3 – назначения без показаний;

9 – отсутствие госпитализации:

9.1 – рекомендовано,

9.2 – не рекомендовано;

10 – запоздалая госпитализация;

11 – качество и регулярность диспансеризации пациентов с хроническими формами заболеваний:

11.1 – стандарты соблюдаются,

11.2 – стандарты не соблюдаются,

11.3 – диспансеризация не проводилась;

12 – результаты лечения:

12.1 – летальный исход предотвратимый,

12.2 – исход "ухудшение" (экспертная оценка),

- 12.3 – исход "без перемен" (экспертная оценка),
- 12.4 – госпитализация в стационар вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне;
  - 13 – наличие рекомендаций:
    - 13.1 – отсутствуют,
    - 13.2 – неполные,
    - 13.3 – полные.
  - ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):
    - 0 – нарушение транспортировки до госпитализации в стационар;
    - 1 – дефектов не выявлено;
    - 2 – дефекты госпитализации:
      - 2.1 – необоснованный отказ в госпитализации,
      - 2.2 – жалобы на качество оказанных медицинских услуг,
      - 2.3 – привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП,
      - 2.4 – случаи летальных исходов предотвратимые,
      - 2.5 – случаи осложнений, возникающих в результате лечения,
      - 2.6 – случаи с исходом заболевания "ухудшение" (экспертная оценка),
      - 2.7 – случаи с исходом заболевания "без перемен" (экспертная оценка),
      - 2.8 – случаи расхождения направительного и клинического диагнозов,
      - 2.9 – случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов;
    - 3 – досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях;
    - 4 – описания жалоб и анамнезов:
      - 4.1 – неполные,
      - 4.2 – не соответствуют диагнозу,
      - 4.3 – анамнез не указан,
      - 4.4 – анамнез не раскрыт полностью;
    - 5 – недостатки диагностики:
      - 5.1 – неполная,
      - 5.2 – несвоевременная,
      - 5.3 – недооценка тяжести состояния,
      - 5.4 – отсутствие динамического наблюдения;
    - 6 – ошибка в диагнозе:
      - 6.1 – диагноз полный (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),
      - 6.2 – диагноз не полный,
      - 6.3 – диагноз не установлен;
    - 7 – кратковременное пребывание пациента в стационаре (менее 3 суток);
    - 8 – недостатки обследования:

- 8.1 – недоучет анамнестических и клинических данных,
- 8.2 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования,
- 8.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов,
- 8.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов,
- 8.5 - назначение обследований без показаний,
- 8.6 - консилиум врачей (по показаниям):
  - 8.6.1 - проведен в полном объеме и своевременно,
  - 8.6.2 – не проведен;
- 9 – неадекватная терапия:
  - 9.1 - проведено не в полном объеме,
  - 9.2 - назначения без показаний;
- 10 - оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);
- 11 - недостатки в проведении оперативного вмешательства:
  - 11.1 - запоздалое оперативное вмешательство,
  - 11.2 - неадекватный объем и метод оперативного вмешательства,
  - 11.3 - технические дефекты при операции,
  - 11.4 - операции без должных показаний,
  - 11.5 - неадекватная анестезия,
  - 11.6 - отсутствие профилактики возможных осложнений,
  - 11.7 - отсутствие трансфузионных средств;
- 12 - описания жалоб и анамнезов:
  - 12.1 – полные,
  - 12.2 – неполные,
  - 12.3 - не соответствуют диагнозу,
  - 12.4 - анамнез не указан,
  - 12.5 - анамнез не раскрыт полностью;
- 13 - результаты лечения:
  - 13.1 - летальный исход (предотвратимый),
  - 13.2 - исход "ухудшение" (экспертная оценка),
  - 13.3 - исход "без перемен" (экспертная оценка);

1. Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы			Исследование операционного и биопсийного материала)
	совпадение клинического и патолого-анатомического	Расхождение клинического и патологоанатомическ	Ятрогения



Патолого-анатомический или судебно-медицинский диагноз/код по МКБ-10		судебно-медицинского диагнозов		о г о судебно-медицинского) диагнозов				Клинически диагноз	Гистологическое заключение
	I категория	II категория	III категория	I категория	II категория	III категория			
а . основной/(код)									
в . сопутствующий/(код)									
с . осложнения/(код)									

14 - наличие рекомендаций:

14.1 – отсутствуют,

14.2 – неполные,

14.3 – полные.

Результаты патологоанатомических исследований и/или судебно-медицинских экспертиз

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

0 - нет замечаний;

1 - нерегулярное наблюдение врача;

2 - выполнение рекомендаций врача:

2.1 - регулярное выполнение рекомендаций врачей,

2.2 - нерегулярное выполнение рекомендаций врачей,

2.3 - невыполнение рекомендаций;

3 - криминальное вмешательство;

4 - отказ от предложенного амбулаторного лечения;

5 - отказ от госпитализации;

6 - задержка с обращением за медицинской помощью;

7 - самовольный уход из стационара.

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

1 - своевременная госпитализация пациента;

2 - социальное благополучие;

3 - более ранняя диагностика патологического состояния;

4 - дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенодиагностика и другие исследования);

5 - правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;

6 - своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное;

7 - квалификация специалистов.

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - данных нет;

1 - ятрогенные причины:

1.1 – нет, 1.2 – есть \_\_\_\_\_

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – предотвратима;

2 – условно предотвратима;

3 – непредвратима.

Дата заполнения карты "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ ж. (г.)

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

Дата ввода карты "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УЗИ – ультразвуковое исследование

**Форма № 045/у "Медицинское свидетельство о смерти № \_\_\_\_\_"**

Дата выдачи "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. (предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного № \_\_\_\_\_)

1. Фамилия, имя, отчество умершего (при его наличии)

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

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

2. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Пол: мужской - 1, женский – 2 (подчеркнуть)

4. Дата рождения \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

5. Дата смерти \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

1 для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный, недоношенный

масса (вес) при рождении: грамм, рост см, число месяцев и дней жизни, по счету ребенок у матери, возраст матери





2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней

18. При наступлении смерти женщины:

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности);

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

19. Дополнительные сведения:

20. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес

21. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

Идентификатор медицинской организации

Идентификатор медицинского работника, выдавшего свидетельство или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой

Примечание:

Медицинское свидетельство о смерти формировать и распечатывать только из информационной системы. Для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери

Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)"	
Дата выдачи	
1 - мертворожденный	2 - <input type="checkbox"/> умер на 1-й неделе жизни <input type="checkbox"/>
	1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего (мертворожденного) 2. Пол: муж. - 1 жен. - 2 не определен - 3 (подчеркнуть) 3. Дата рождения (мертворождения): _____ мин, _____ час, _____ число, _____ месяц, _____ год 4. Дата смерти: _____ мин, _____ час, _____ число, _____ месяц, _____ год 5. Место смерти (мертворождения): а) _____ Республика, _____ область/ ГРЗ _____ район/ГОЗ/район в ГРЗ _____ округ/поселковый

акимат /район в ГОЗ/акимат города районного значения \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город -1, село – 2) \_\_\_\_\_ ул., дом \_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_

б) смерть (мертворождение) произошла: 1 - в стационаре - 1 (вписать) \_\_\_\_\_

2 – дома - 2, 3 - в другом месте - 3 (вписать): \_\_\_\_\_

6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери \_\_\_\_\_

7. Дата рождения матери: \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_ год

8. Национальность \_\_\_\_\_

9. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5

Для состоящих в браке: число, месяц, год заключения брака \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа \_\_\_\_\_

(сведения заполнены на основании записей в свидетельстве о браке, со слов матери – нужное подчеркнуть)

10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного):

\_\_\_\_\_ Республика  
\_\_\_\_\_ область/ ГРЗ  
\_\_\_\_\_ район/ ГОЗ/район в ГРЗ.  
\_\_\_\_\_ округ/поселковый акимат / район в ГОЗ/акимат города районного значения  
\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ улица, домі \_\_\_\_\_, кв.№ \_\_\_\_\_

Место для шифра

1	11. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.
2	12.1. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) _____
3	_____
4	_____
5	12.2. Должность или выполняемая работа _____
6	13. Какая по счету беременность _____ 14. Какие по счету роды _____
7	15. Предшествующие беременности закончились: рождением живого ребенка _____ 1,

8	мертворождением _____ 2, самопроизвольным выкидышем _____ 3, искусственным абортom
9	_____ 4 (указать сколько) 16. Дата последней менструации _____
10	Продолжительность настоящей беременности _____ недель
11	17. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 (подчеркнуть)
12.1	18. Срок беременности при первой явке к врачу-акушеру (акушерке) 12 нед. и ранее - 1, 13-21 нед. - 2, 22-27 нед. - 3, 28 нед. и позже - 4, не обращалась совсем - 5.
12.2	19. Где состояла на учете: ФАП, ФП, ВА, СУБ, ЦРБ, СВА, ЖК, консультация "Брак и семья", гор. род. дом, обл. род. дом, ПЦ, частная клиника.
13	20. Заболевания и осложнения до наступления настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым)
14	_____
15	_____
16	21. Заболевания и осложнения в течение настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым)
17	_____
18	_____
19	22. Осложнение родов: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное осложнение указать первым)
20	_____
21	23. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были - 2 (указать какие) _____
22	_____
23	24. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, др. многоплодных родах - 4.
24	25. Масса ребенка (плода) при рождении _____ гр.
25	26. Рост ребенка (плода) _____ см.
26	27. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносным - 3.
27	27-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры - 4.
28	28. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии - 3.

29	29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно – 4.	
30	30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, _____, род смерти не установлен – 4.	
31	31 Причина перинатальной смерти:	
32	а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) _____	
33	б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____	
	в) первоначальная заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) _____	
	г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода) _____	
	д) другие сопутствовавшие состояния _____	
	32. Причина смерти (мртворождения) установлена: а) врачом, удостоверившим смерть - 1, врачом, принимавшим роды - 2, врачом-педиатром, лечившим ребенка - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5, акушеркой - 6, фельдшером – 7. б) на основании: осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествовавшего наблюдения - 3, вскрытия – 4.	
	33. а) Свидетельство выдано, наименование медицинской организации: _____	
	б) Фамилия, имя, отчество, должность и подпись медицинского работника, выдавшего свидетельство _____ _____ _____	
	печать _____ подпись _____	Руководитель медицинской ор _____
	34. Удостоверение/паспорт матери № _____ _____	



35. Подпись матери \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Заполняется в регистрирующем органе

36. Свидетельство проверено в регистрирующих органах врачом, ответственным за правильность заполнения.

\_\_\_\_\_ г. " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

/подпись \_\_\_\_\_

-----Линия отреза-----

Корешок медицинского свидетельства о перинатальной смерти к форме № 046/у (окончательное, предварительное, взамен предварительного № \_\_\_\_)

Дата выдачи 20 \_\_\_\_ г. " \_\_\_\_ " " \_\_\_\_\_ "

Наименование медицинской организации

Мертворожденный - 1, умер на 1-й неделе жизни - 2 (подчеркнуть)

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

2. Дата рождения матери: \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_ год

3. Национальность матери \_\_\_\_\_

4. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

5. Ф.И.О. (при его наличии) (при его наличии) мужа

6. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного):

\_\_\_\_\_ / Республика \_\_\_\_\_ Область/ ГРЗ \_\_\_\_\_

Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ \_\_\_\_\_

Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город -1, село – 2) \_\_\_\_\_ ул., дом № \_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_

7. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится)

---

— Должность или выполняемая работа \_\_\_\_\_

— 8. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4,

среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего ребенка (при его наличии)

---

— 10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен – 3.

11. Дата рождения (мертворождения): \_\_\_\_\_ мин, \_\_\_\_\_ час, \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_ год

13. Место смерти (мертворождения):

а) \_\_\_\_\_ / Республика \_\_\_\_\_ Область/ ГРЗ \_\_\_\_\_

---

Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ \_\_\_\_\_ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/

Акимат города районного значения \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город -1, село – 2) \_\_\_\_\_ ул., дом № \_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_

б) смерть (мертворождение) произошла: 1 – в стационаре \_\_\_\_\_ 2 - дома \_\_\_\_\_,

3 - в другом месте \_\_\_\_\_ (вписать)

14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений) \_\_\_\_\_

---

15. Какие по счету роды \_\_\_\_\_, беременность \_\_\_\_\_

16. Продолжительность настоящей беременности \_\_\_\_\_ полных недель.

17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением – 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем – 3, медицинским абортom - 4, в том числе по мед. показаниям - 5

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:

рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3,

медицинским абортom - 5, в том числе по мед. показаниям – 6.

19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки)

---

20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо – 4.

21. Осложнения родов:

гипертермия во время родов	01
предлежание плаценты	02
преждевременная отслойка плаценты	03
неудачная попытка стимуляции родов	04
стремительные роды	05
затруднительные роды вследствие неправильного положения или пред лежания плода	06
гипертензия, вызванная беременностью	07
кровотечение во время родов	08
роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	09
роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	10
другие (указать)	11
не было	00

22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были - 2 (указать какие)

---

23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, других многоплодных родах – 4.

24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносенным – 3

25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3.

26. Масса ребенка (плода) при рождении \_\_\_\_\_ г

27. Рост ребенка (плода) \_\_\_\_\_ см.

28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4.

29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно – 4.

30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен – 4.

31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин \_\_\_\_\_ балл/баллов, через 5 мин \_\_\_\_\_ баллов

	35. Акушерские процедуры	
	Амниоцентез	01
	Мониторинг плода	02
	Стимуляция плода	03

32. Медицинские факторы риска настоящей беременности	Ультрасонография	04
	Другие (указать)	05
Анемия	01 Не производили	00
Болезни системы кровообращения	02	
Болезни органов дыхания	36. Осложнения периода новорожденности:	
Инфекционные и паразитарные болезни матери	04. Анемия	01
Гипертензия сердечно-сосудистая	05. Фатальный алкогольный синдром	02
Гипертензия почечная	06. Синдром мекониевой пробки	03
Вызванная беременностью гипертензия	07. Легочная вентиляция до 30 мин	04
Сахарный диабет	08. Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Болезни почек	09. Другие (указать)	06
Гидрамнион (многоводие)	10. Нет осложнений	00
Олигогидрамнион	11	
Эклампсия	37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)	
Кровотечение в ранние сроки беременности	13. Анэнцефалия	01
Инфекция мочеполовых путей	14. Спинно-мозговая грыжа	02
Недостаточность питания при беременности	15. Энцефалоцеле	03
Генитальный герпес	16. Гидроцефалия	04
Недостаточность плаценты	17. Расщелина неба	05
Rh-сенсбилизация	18. Тотальная расщелина губы	06
Крупный плод	19. Атрезия пищевода	07
Гипотрофия плода	20. Атрезия ануса	08
Другие (указать)	21. Эписпадия	09
Не было	00. Редукционные пороки конечностей	10
33. Прочие факторы риска во время беременности:	01. Омфалоцеле	11
Курение	02. Синдром Дауна	12
Употребление алкоголя	03. Другие (указать)	13
	04. Не было	00
34. Осложнения родов:		
Гипертермия во время родов	38. Социальные факторы	
Предлежание плаценты	Мать взята под наблюдение:	
Преждевременная отслойка плаценты	02. В первой половине беременности	01
Стремительные роды	03. Во второй половине беременности	02
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	04. Причины:	
Кровотечение во время родов	05. - оплата за мед. услуги	02.1
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	06. - отсутствие работы	02.2
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	07. - отсутствие прописки	02.3
	08. - по незнанию	02.4
	09. - по другим причинам	02.5
Другие (указать)	10. Не наблюдалась у врача	03
Не было	00	

39. Методы родоразрешения:

Естественный путь родоразрешения	01
Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов)	02

40. Причина перинатальной смерти:

	Код МКБ-10	Дата (болезни) г								
а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
в) первоначальное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача (среднего медицинского работника),

выдавшего свидетельство о смерти: \_\_\_\_\_  
 \_ 3

апись акта о рождении: 20 \_\_\_\_ жылғы/года \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Запись акта о смерти: 20 \_\_\_\_ жылғы/года \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Наименование регистрирующего органа

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

Идентификатор сотрудника регистрирующего органа \_\_\_\_\_

—

**Форма № 047/у "Реабилитационная карта № \_\_\_\_\_"**

Раздел 1

Общая часть

1. ИИН

2. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

мужской

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель

города

села

8. Адрес проживания

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Группа инвалидности

12. Тип возмещения

13. Социальный статус

14. Пациент направлен

15. Тип госпитализации Код госпитализации

Запись врача приемного покоя

Информация о текущей госпитализации:

16. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

17. Диагноз направившей организации (указать реабилитационный потенциал согласно шкале реабилитационного маршрута)

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

Первичный осмотр врача

1. Дата и время осмотра

2. Анамнез болезни

3. Анамнез жизни

4. Жалобы

5. Аллергоанамнез (включая непереносимость препаратов)

6. Перенесенные инфекции название заболевания дата заболевания

Туберкулез

да

нет Кож-Вен.

да

нет

Гепатит

да

нет др.

Вирусный гепатит

да

нет

Корь, краснуха

да

нет

Ветряная оспа

да

нет эпидемический паротит

да

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными пациентами не был

7. Признаки особо опасных инфекций и ОРВИ

да



нет

Если да, пациент помещен в изолятор

да

нет

8. Вид транспортировки

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

Данные объективного статуса

1. Дата и время осмотра

2. Объективный статус (вкладной лист 1)

3. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

Выставление предварительного диагноза (приемный покой)

4. Предварительный диагноз

5. Диагноз при поступлении

6. Указать оценку двигательной активности международных шкал.

7. Определение шкалы реабилитационной маршрутизации.

8. Сортировка пациента (Приемный покой)

Краткий осмотр пациента

1. Оценка приоритета (вместо триаж-системы)

2. Оценить состояние пациента, согласно Критериям обоснованности

госпитализации:

Сыпь на кожных покровах	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Повышение температуры тела	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Отделяемое из носа	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Кашель	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Боль в горле	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Рвота	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да

Установление инфекционной патологии или высокого инфекционного риска	Жидкий стул	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Метеоризм	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Уретральный катетер	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Зондовое питание	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Калостома	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Пролежни	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Трахеостома	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Наличие дисфагии		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Наличие за последние 6 месяцев (вписать в строку)	Судороги	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Травмы	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
	Операции	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Принимает противосудорожные препараты		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Особенности поведения, слабый зрительный контакт, стереотипии		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Аллергологический анамнез (если да, написать на что, побочное действие)		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да

3. Обосновать необходимость госпитализации, либо отказа, либо направление в другой стационар

4. Провести первичную оценку реабилитационного прогноза и потенциала, согласно шкале "Центильного коридора".

Госпитализация:

показана

противопоказана Ф.И.О. (при его наличии) и ID врача приемного покоя Ф.И.О. (при его наличии) ID

Первичный сестринский осмотр пациента (заполняется в профильном отделении в течение 24 часов после поступления)

1. Общие данные (вид поступления, язык общения, организованность)
2. Инструктаж пациента (наличие собственных медикаментов, режим сна, экономическая оценка, режим питания)
3. Осмотр пациента (функциональный скрининг, оценка кожи по шкале Нортон, оценка риска падения по шкале Морзе (на усмотрение медперсонала))
4. Опрос пациента (насилие в семье, оценка необходимости обучения пациента/семьи, культурные разнообразия)

Первичный сестринский осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии) ID

Раздел 2

Первичный осмотр лечащего врача

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка
2. Жалобы
3. Объективный статус пациента (Вкладной лист 1)
4. Анамнез заболевания
5. Анамнез жизни
6. Наследственность
7. Прием медикаментов на момент госпитализации наименование, когда и причины приема.
8. Обоснование предварительного диагноза
9. План медицинской реабилитации
10. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 1  
к реабилитационной карте

Объективный статус пациента

1. Дата и время осмотра
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. Лист командной оценки,
11. Шкала оценки реабилитационного потенциала:  
- А. Анатомические ограничения (двигательная, сенсорная);

- Б. Когнитивные и речевые нарушения (речевые нарушения, когнитивные нарушения, уровень коммуникации);

- В. Показатели по шкале социальной адаптации (шкала/степень зависимости).

12. Оценка двигательной активности с помощью международных шкал:

- Gross Motor Function Measure (GMFM) (на усмотрение медперсонала);

- Оценка навыков самообслуживания и бытовой адаптации (модифицированная шкала Бартела) (на усмотрение медперсонала);

- Шкала функциональной независимости FIM (двигательная функция) (на усмотрение медперсонала);

- Когнитивные функции.

Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор врача

Вкладной лист 2  
к реабилитационной карте

Дневник

1. Дата и время

2. Объективный статус пациента

3. Жалобы

4. ЛФК

5. Физиотерапия;

6. Трудотерапия.

7. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 3  
к реабилитационной карте

Информированное согласие пациента

В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь предоставляется после получения информированного согласия пациента на получение медицинской помощи)

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии) – полностью

Дата рождения дата месяц год

Находясь в (наименование МО) (из регистра МО)

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

Ф.И.О. (при его наличии)

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 пациента, при лечении туберкулеза, о мерах по соблюдению "Правил поведения пациента туберкулезом", возникновения

побочных реакций, применения мер принудительной изоляции при уклонении 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

Если заполнил родственник/опекун /законный представитель пациента:

Ф.И.О. (при его наличии)

Ф.И.О. (при его наличии) врача

Дата и время

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 реабилитационной карте

Лист врачебных назначений

1. Дата и время назначения

2. Режим

3. Диета

4. Наименование услуги, лекарственного средства

5. Дата назначения (по времени) и дата окончания

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

Вкладной лист 5  
к реабилитационной карте

Обоснование всех видов диагноза

1. Дата и время

2. Объективный статус

3. Жалобы

4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических исследований

5. Диагноз

6. Лист врачебных назначений

7. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 6  
к реабилитационной карте

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра

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) и идентификатор лечащего врача

При наличии:

7. Записи консилиумов содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендациям по обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется.

Выписной эпикриз

1. Диагноз клинический Дата установления

2. Другие виды лечения

3. Отметка о выдаче листка 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 при наступлении смерти:

Умер дд/мм/гг Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение: Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного

сопутствующий

Врач Ф.И.О. (при его наличии) ID

Список сокращений формы № 047/у "Реабилитационная карта":

1	АД	Артериальное давление
---	----	-----------------------

2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МИС	Медицинская информационная система
4	МО	Медицинская организация
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
6	ЧДД	Частота дыхательных движений
7	ЧСС	Частота сердечных сокращений
8	ЛФК	Лечебная физическая культура

**Форма № 048/у "Обменная карта беременной и родильницы № \_\_\_\_\_"**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной
Дата и год рождения
ИИН
Дата взятия на учет
Профессия
Образование
Домашний адрес
Телефон
Группа крови беременной
Резус принадлежность беременной
Дата определения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа
ИИН мужа
Профессия
Образование
Домашний адрес
Телефон
Группа крови, резус фактор(по показаниям)
Результат флюорографического обследования

Если Вы нашли этот документ, пожалуйста, верните по указанному адресу

Ваш врач:
Телефон
Акушерка
Участок
Кабинет
Телефон

Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации

Прием:

	Часы приема:
Понедельник	

Вторник	
Среда	
Четверг	
Пятница	
Суббота	

Обратилась по направлению  
 Самообращение (нужное подчеркнуть)

Уважаемая \_\_\_\_\_!

Поздравляем Вас!

Вы – будущая мама! Мы рады содействовать

Вам в самое лучшее время - период вынашивания и рождения Вашего ребенка!

Обменная карта представляет собой личную медицинскую карту матери, которая является источником информации о состоянии здоровья с момента беременности до родов, во время родов и после родов.

Инструкции:

- Внимательно прочитайте и просмотрите все содержимое обменной карты.

- Берите с собой эту карту всегда, в том числе, когда Вы обращаетесь в любое медицинское учреждение.

- Заполните информацию самостоятельно на указанных страницах.

При возникновении вопросов, обратитесь к медицинскому работнику

**Анамнез**

Отец (ребенка): Данные о здоровье отца
Наследственность
Мать (ребенка):
Наследственность
Перенесенные заболевания
Гепатит
Туберкулез
Венерические заболевания
Хронические заболевания(состоит ли на динамическом учете, получает ли базисную терапию)
Перенесенные операции
Гемотрансфузии
Аллергоанамнез
Рентгенологическое обследование легких(результат последнего обследования)

**Менструальная функция**

Менархе с лет
Длительность менструации
Продолжительность цикла, обильные умеренные скудные (подчеркнуть)
Половая жизнь с лет
Брак: зарегистрирован; не зарегистрирован; не замужем (подчеркнуть)



Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований

Гинекологический анамнез

Контрацепция

Гинекологические операции

### Акушерский анамнез:

Сколько всего было беременностей, из них:

родов

самопроизвольных выкидышей

внематочных беременностей

медицинских аборт

Паритет	Год, дата	Исход беременности и срок		Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Особенности течения родов, послеродового периода	Пол ребенка	
		аборт	родами				
		искусственными (хирургический, медикаментозный)	самопроизвольным, в том числе замершей	Преждевременно	в срок		

Последняя менструация с 20 (года) по 20 (года)

Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация, ЭКО) (подчеркнуть)

Первое движение плода 20 (года)

Предполагаемый срок родов 20 (года)

### Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода Первое обследование беременной

Жалобы
Объективные данные:
Общее состояние
Рост см. Масса (вес) кг.
ИМТ (индекс массы тела)
Кожные покровы
Наличие варикозно расширенных вен на нижних конечностях
Отеки
Исследование молочных желез
Состояние органов дыхания
Сердечно - сосудистой системы
АД
Живот (мягкий безболезненный)
Печень, селезенка

Симптом поколачивания
Другие органы
Мочеиспускание Стул
Акушерский статус:
Размеры таза по показаниям (рост менее 150см и выше 170 см, травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):
D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____
C. diag _____ C. vera _____
Наружное акушерское исследование: высота дна матки _____ см.
Окружность живота (по показаниям) _____ см.
Положение плода, позиция, вид
Предлежание
Сердцебиение плода
Срок беременности:
По менструации
По УЗИ (раннему до 13 недель 6 дней)

### Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы
В зеркалах
Влагалище
Шейка матки
Тело матки
Придатки
Особенности
Диагноз:
Рекомендации
Подпись врача Дата

### Оценка риска возникновения осложнений при беременности

№	Фактор риска	да	нет
1.	Возраст до 18 лет		
2.	Возраст старше 35 лет		
3.	ИМТ менее 18		
4.	ИМТ – 30 и более		
5.	Интервал менее 2 лет после предыдущих родов		
6.	Интервал менее 6 месяцев после аборта или выкидыша		
7.	Высокий паритет родов (4 и более)		
8.	ЭГП в настоящее время		
9.	Многоплодная беременность (данная)		

10.	Отрицательный резус фактор		
11.	Беременность после ВРТ (данная)		
12.	Перенесенные операции на органах репродуктивной системы (ЭМА, миомэктомия, рубец на матке)		
13.	Преждевременные роды в анамнезе (ИЦН, цервикальный серкляж и прочее) или 3 и более самопроизвольных выкидыша		
14.	Преэклампсия/эклампсия в анамнезе		
15.	Мертворожденные в анамнезе (антенатальная или интранатальная гибель плода)		
Женщина ответила "да" на один из вопросов		Вероятный риск	Да или нет
1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 14		Преэклампсия/эклампсия	
1-4		Преждевременные роды	
1, 2, 5, 8-11, 15		Антенатальная гибель плода	
1-5, 11		ЗВУР	
1-8, 12		Кровотечение	

**Повторная оценка факторов риска (риск определяется при каждом посещении)**

№	Дата приема	Факторы риска	Примечание (предполагается родоразрешение (наименование МО), предполагаемый уровень родоразрешения)
1	2	3	4

Гравидограмма



Базофи лы											
Лимфо циты											
Моноц иты											

## 2. Общий анализ мочи

Дата											
Удельн ый вес											
Эпител и й плоски й											
Лейкоц иты											
Эритро циты											
Цилинд ры											
Сахар											
Белок											
Бактери и											
Соли											

## 3. Другие исследования

Дата					
Бакпосев мочи					
Кровь на сахар ( по показаниям)					
Пероральный тест на толерантность к глюкозе при наличии факторов					
Бакпосев содержимого влагалища (по показаниям)					
Анализ мочи по Нечипоренко ( по показаниям)					

## 4. Обследование на инфекции

Обследование/ дата					
RW					

ВИЧ					
Мазок на микроскопию (по показаниям)					
Мазок на онкоцитологию (по показаниям)					

### 5. Пренатальный скрининг

Период проведения	Дата проведения	Срок беременности	Результаты обследования	Примечание
1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 нед)				

### 6. Ультразвуковой скрининг

Период проведения	Дата проведения	Маркеры ХА (при наличии)	Заключение	Рекомендации
1 триместр (10-14 недель)		ТВП -ДНК -		
2 триместр (20-22 недель)				
3 триместр (32- 34 недель)				

### Консультации

Первый осмотр терапевта
Жалобы
Анамнез Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве)
Наследственность неотягощена (если да, какими заболеваниями, степень родства)
Перенесенные заболевания: общие
Детские инфекции
Гепатиты
Туберкулез
Венерические заболевания
Другие инфекции
Перенесенные острые заболевания
Хронические заболевания (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно- двигательного аппарата и другие)
Диспансерный учет (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема, какие препараты принимает)
Госпитализация (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название мед. организации, экстренная или плановая)
Перенесенные операции, осложнения
Перенесенные травмы и их последствия

Гемотрансфузии
Аллергоанамнез

### Общее состояние

Особенности телосложения:
Нормостеник (астеник, гиперстеник)
Кожные покровы
Температура
Состояние полости рта
Состояние зева, миндалин
Осмотр области щитовидной железы
Лимфоузлы
Отеки (нет, есть, локализация)
Осмотр молочных желез
Состояние органов дыхания
Сердечно-сосудистой системы
Пульс
АД: на правой руке _____ на левой руке _____
Живот (мягкий безболезненный)
Печень, селезенка
Симптом поколачивания
Другие органы
Мочеиспускание _____ Стул _____
Диагноз
Рекомендации
Подпись врача _____ Дата _____
Повторный осмотр терапевта
Консультации специалистов
Специалист
Диагноз
Рекомендации
Консультации специалистов
Специалист
Диагноз
Рекомендации

### Подготовка к родам

Школа подготовки к родам				
Дата	Срок беременности	Тема занятия	Посещение партнера	Подпись врача

### Патронажные посещения

Дата							
Срок беременности							

Жалобы								
Общее состояние (отеки)								
АД	на правой руке							
	на левой руке							
Положение плода								
Сердцебиение плода								
Бытовые условия								
Социальное благополучие								
Социально-правовая помощь (по показаниям)								
Рекомендации								
Подпись								

Патронаж педиатра

Патронаж соцработника (по показаниям)

Протокол обследования во время беременности (проверочный лист для медицинских работников)

	Срок гестации в неделях							До 42 дней после родов
	До 12	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	
Клинический осмотр								
Визит к медицинскому работнику	x	x	x	x	x	x	x	
Осмотр и анамнез, жалобы	x	x	x	x	x	x	x	x
-вес, рост - ИМТ	x			x**				
- ВДМ		x*	x	x	x	x	x	
- сердцебиение и движение плода		x	x	x	x	x	x	
- АД	x	x	x	x	x	x	x	
- гинекологическое обследование	x							x



- осмотр ног (варикозное расширение вен)	x	x	x	x	x	x	x	
- наружное акушерское обследование					x	x	x	
- тревожные признаки (головная боль, нарушение зрения, затрудненное дыхание)			x	x	x	x	x	
Анализы	До 12	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	До 42 дней после родов
- ОАК	x			x				x
- группа крови, Rh	x							
- кровь на антитела при Rh (-)			x					
- RW	x			x				
- ВИЧ	x			x				
- сахар крови	ха							
- ОАМ	x			x				
- анализ мочи (определение белка)		x	x	x	x	x	x	
- скрининг на бессимптомную бактериурию (посев мочи)	x							
- мазок на степень чистоты								

влагалища при появлении жалоб (по показаниям)								
- УЗИ	x	x		x				
- PAP	x							
- АФП/ХГЧ с 16 до 20 недель если не проведен PAP		x						
Генетическое обследование								
- консультация генетика	x							
- биопсия хориона до 12 недель	x							
- амниоцентез (по показаниям)								
Консультации, назначенные и рекомендации	До 12	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	До 42 дней после родов
- фолиевая кислота	x							
- железо (по показаниям)	x							
- йод (по показаниям)	x							
- кальций (группе риска по преэкламп								

сии и женщинам с низким потреблением кальция)	x	x	x	x	x	x	x	
- аспирин (группе риска по преэклампсии)	x	x	x	x	x	x	x	
- питание, физические упражнения	x	x	x	x	x	x	x	
- антенатальный визит, желательное с партнером	x	x	x	x	x	x	x	
- консультирование по общим вопросам	x	x	x	x	x	x	x	
- тревожные симптомы	x	x	x	x	x	x	x	
- контрацепция после родов (выбор метода)					x	x	x	x
Школа по подготовке к родам и посещение роддома:	x	x	x	x	x	x	x	
- положения во время схваток				x	x	x	x	
- послеродовая контрацепция					x	x	x	x

- грудное вскармливание, уход за новорожденным						x	x	x	x
--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

\* Гравидограмма заполняется с 20 недель беременности

\*\* при ИМТ ниже нормы при первой явке (до 12 недель), следует определить вес беременной в 30 недель

а при ИМТ выше нормы при первой явке (до 12 недель), следует исключить сахарный диабет

б женщины в 37 лет и старше; имеющие в анамнезе ВПР плода, невынашивание, кровнородственный брак

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

### Рост Вес ИМТ

1 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов							1 визит			
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания	
					Нет	Нет	Нет		Нет			
					Да	Да	Да		Да			

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

### Рост Вес ИМТ

2 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов							2 визит			
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания	
					Нет	Нет	Нет		Нет			
					Да	Да	Да		Да			

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

3 визит			Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								3 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания	
					Нет	Нет	Нет		Нет			
					Да	Да	Да		Да			

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

4 визит			Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								4 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания	
					Нет	Нет	Нет		Нет			
					Да	Да	Да		Да			

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

5 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								5 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

6 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								6 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

7 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								7 визит	
								Сердцебиение			

Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

8 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								8 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Дневник самонаблюдения беременной

Дата	АД		Отеки		Головная боль	Изменение характера шевелений плода	Комментарии
	утро	вечер	утро	вечер			

Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

Дата поступления в родильный дом
Исход беременности (аборт, преждевременные роды, роды в срок) недель
Дата родов
Диагноз

Особенности родов
Ребенок: пол, масса (вес) грамм, рост см.
Выписался, переведен в больницу (подчеркнуть)
Диагноз
Оперативные пособия в родах
Обезболивание: применялось нет/да, какое
Течение послеродового периода
Выписана на (сутки после родов)
Дата выписки
Диагноз и наименование стационара (при переводе)
Состояние ребенка при рождении
в родильном доме
при выписке
Особые замечания
20 год
Отпуск по беременности с 20 года по 20 года
Лист о временной нетрудоспособности №
Роды 20 года (в срок, раньше, позже) на (дней)
Роды произошли в
Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах на дней с 20 года по 20 года
Лист о временной нетрудоспособности №

### Наблюдение за родильницей

Дата	Жалобы	Данные обследования	Советы, назначения
		1) флюорография	

Подпись врача

Подпись заведующего отделения

### Форма № 049/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций"

		Начат "___" _____ г.			
		Окончен "___" _____ г.			
№	Дата, время обращения пострадавшего (вместе с го)	Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (Ф.И.О. (при наличии), должность)	Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации	Данные об аварийной ситуации	Кем и когда передано сообщение в ОЦ СПИД, либо обращение самого пострадавшего



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
			Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Домашний адрес, телефон	Место работы, должность	Дата, время аварии и ситуации	Обстоятельства, что сделано	
										продолжение таблицы
Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)			Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего			Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначения)			Примечания
	При аварийной ситуации	Через 1 мес.	Через 3 мес.							
11			12	13	14	15	16			17

Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций

### Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

Ф.И.О. (при его наличии):		Адрес (рабочий):	
ИИН:		Адрес (домашний):	
Дата рождения:	Пол:	Должность:	
		Стаж работы:	
Дата/время контакта:		Где произошел контакт:	
Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание):			
Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошел контакт:			
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта			
Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт:		Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту:	
Материал содержал:		Инфицирован:	
ВГВ		ВГВ	
ВГС		ВГС:	
ВИЧ:		ВИЧ:	
Если пациент ВИЧ-инфицирован:		Сопутствующие заболевания:	
Стадия заболевания:			

Вирусная нагрузка: Сведения об АРТ: Резистентность к АРТ: Проведено до тестовое консультирование:		Вакцинация против гепатита В: Поствакцинальный иммунитет: Проведено дотестовое консультирование:	
Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование: Направления:		Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование: Направления:	
		Предложена постконтактная профилактика: Получено информированное согласие: Препараты:	
Обследования после контакта:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы		
1 - я неделя			
2 - я неделя			
3 - я неделя			
4 - я неделя			
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: 1 месяц 3 месяца			
Подпись/Печать		Дата:	
Сроки начала химиопрофилактики (дата, время)	Схематерапии	Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время)	Приверженность

Печать МО

Подписи представителей администрации МО

Дата заполнения " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций

Бланк информированного согласия на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Я осведомлен (а) о том, что препараты: \_\_\_\_\_ предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях \_\_\_\_\_



4. Пол	<input type="checkbox"/>	мужской	<input type="checkbox"/>	женский	<input type="checkbox"/>	не определен*
--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------------

### 7. Национальность\*\*\*

6. Состояние при рождении:	<input type="checkbox"/>	живорожденный	<input type="checkbox"/>	мертворожденный	<input type="checkbox"/>	до начала родов	<input type="checkbox"/>	во время родов
----------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------

7. Дата рождения \_\_\_\_ число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_ время (час, минуты) \_\_\_\_\_

#### 7.1 Место рождения:

<input type="checkbox"/>	в стационаре****	<input type="checkbox"/>	в другом месте	<input type="checkbox"/>	дома
--------------------------	------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------

8. Переведен	<input type="checkbox"/>	в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детского стационара	<input type="checkbox"/>	в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации
--------------	--------------------------	--	--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	в другой стационар
--------------------------	--------------------

9. День перевода: \_\_\_\_ число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_ время (час, минуты) \_\_\_\_\_.

10. Выписан:	<input type="checkbox"/>	на участок по месту жительства
--------------	--------------------------	--------------------------------

11. Дата выписки (смерти) \_\_\_\_ дата \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_ время (час, минуты)

12. Житель:	<input type="checkbox"/>	город	<input type="checkbox"/>	село
-------------	--------------------------	-------	--------------------------	------

13. Место жительства\*\*\*\*\*: область/город республиканского значения \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ район /город областного значения \_\_\_\_\_, населенный пункт \_\_\_\_\_

домашний адрес \_\_\_\_\_

14. Организация прикрепления \_\_\_\_\_

15. Масса (вес) ребенка (мертворожденного) при рождении \_\_\_\_\_ г.

16. Рост ребенка (плода) при рождении \_\_\_\_\_ см.

17. Дата рождения матери: \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

18. Семейное положение матери:	<input type="checkbox"/>	состоит в браке	<input type="checkbox"/>	не состоит в браке	<input type="checkbox"/>	вдова
	<input type="checkbox"/>	разведена	<input type="checkbox"/>	неизвестно		

19. Ребенок родился при сроке беременности \_\_\_\_\_ полных недель.

20. Которые по счету роды \_\_\_\_\_.

21. Который по счету родившийся ребенок у матери \_\_\_\_\_.

22. Которая по счету беременность \_\_\_\_\_.

23. Место смерти:

область /город республиканского значения \_\_\_\_\_,

район /город областного значения \_\_\_\_\_,

населенный пункт \_\_\_\_\_,

медицинская организация \_\_\_\_\_

24. Смерть (мертворождение) наступила:	<input type="checkbox"/>	в стационаре	<input type="checkbox"/>	на дому	<input type="checkbox"/>	в доме ребенка
	<input type="checkbox"/>	в родильном доме	<input type="checkbox"/>	в другом месте		
25. При наступлении смерти в родильном отделении:	<input type="checkbox"/>	умер до суток пребывания в родильном отделении:				
в стационаре:		умер до суток пребывания в стационаре:				
26. Смерть ребенка (мертворождение) произошла от:	<input type="checkbox"/>	заболевание	<input type="checkbox"/>	несчастного случая	<input type="checkbox"/>	убийства

не установ- лено						
------------------------	--	--	--	--	--	--

27. При наступлении смерти ребенка (мертворождения) в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации перинатальной помощи МО: 1, 2, 3, 4.

28. Причина смерти по МКБ-10 умершего ребенка и мертворожденного\*\*\*\*\*:

	Клинический диагноз	Патологоанатомиче- ский диагноз	код МКБ-10
Состояние здоровья матери			
d)			
e)			
29. Предотвратимость смерти*****:	нет	да	условно предотв ратима
	Наимено- вание медицинс- кой организа- ции	Предотвратимость смерти	
	да	Условно предотвратима	

30. Наименование организации здравоохранения, выдавшей медицинское свидетельство о смерти:

---

31. Ф.И.О. (при его наличии) медицинского работника, выдавшего медицинское свидетельство о смерти:

---

Дата заполнения карты " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

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

---

дата ввода карты " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Примечание:

\* - для мертворожденных записывается фамилия матери, при невозможности установления матери - указывается как неизвестный;

\*\* - для случаев перинатальной смертности;

\*\*\* - национальность ребенка записывается при перинатальной смертности по национальности матери, в других случаях по устному заявлению родителей;

\*\*\*\* - при рождении в родильном доме указать уровень регионализации 1, 2, 3, 4 ( республиканская клиника);

\*\*\*\*\* - место жительства ребенка при перинатальной смертности записывается по месту жительства матери. Для жителей дальнего и ближнего зарубежья указывается только страна;

\*\*\*\*\* - а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указать одно заболевание),

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода),

с) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода),

д) другие заболевания матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода),

е) другие сопутствующие состояния;

\*\*\*\*\* - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. При наступлении смерти, если смерть была предотвратима или условно предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

Список сокращений формы № 050/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МКБ-10	Международная классификация болезней
3	РМН	Регистрационный медицинский номер
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

### Форма № 051/у "Карта учета материнской смертности"

1 . Регистрационный № карты _____ РМН:										
2. Карта:			вторичная							
	первичная									

3. Фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_ отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

4. Национальность \_\_\_\_\_

5. Дата рождения \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

6. Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_

7. ИИН \_\_\_\_\_

8. Дата смерти _____ число _____ _____ месяц _____ _____ год	9. Житель:	<input type="text"/>	города	<input type="text"/>	села
---	------------	----------------------	--------	----------------------	------

10. Место жительства: область/город республиканского значения

\_\_\_\_\_,  
район/город областного значения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
11. Организация прикрепления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
12. Место смерти: область/город республиканского значения

\_\_\_\_\_  
район/ город областного значения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
13. Дата взятия на учет по беременности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
14. Организация, в которой состояла на учете по беременности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
15. Дата родоразрешения, аборта \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_  
год

16. Место родоразрешения, аборта, в т.ч. с учетом уровня регионализации:

<input type="text"/>	в стационаре (1,2,3,4***),	<input type="text"/>	на дому	<input type="text"/>	в другом месте
----------------------	----------------------------	----------------------	---------	----------------------	----------------

17. Срок беременности \_\_\_\_\_ полных недель

18. Смерть наступила в период:	<input type="text"/>	беременности	<input type="text"/>	в процессе родов/аборта	<input type="text"/>	послеродовый / послеабортный
--------------------------------	----------------------	--------------	----------------------	-------------------------	----------------------	------------------------------



19. Количество прожитых дней при наступлении смерти в <input type="text"/>		в течение 42 дней после родов
послеродовой) период:		
аборта <input type="text"/>		от 43 до 365 дней после родов

20. Которая по счету беременность \_\_\_\_\_.

21. Которые по счету роды \_\_\_\_\_.

22. Смерть наступила:	<input type="text"/>	в стационаре	<input type="text"/>	на дому	<input type="text"/>	в другом месте
23. Смерть наступила в результате:	<input type="text"/>	аборт	<input type="text"/>	внематочная беременность		
<input type="text"/>	заболевания, связанные с беременностью	<input type="text"/>	заболевания, не связанные с беременностью			

23.1. При наступлении смерти в организациях родовспоможения указать уровень регионализации МО: 1, 2, 3, 4\*\*\*

24.

	Диагноз клинический:	код МКБ -10
--	----------------------	-------------

25.

Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10	код МКБ -10
--	-------------

26. Предотвратимость смерти**:	<input type="text"/>	нет	<input type="text"/>	да	<input type="text"/>	условно предотвратима
--------------------------------	----------------------	-----	----------------------	----	----------------------	-----------------------

Наименование медици	Предотвратимость смерти
	Условно предотвратима

нской органи зации	да
--------------------------	----

27. Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти:

28. Ф.И.О. (при его наличии) медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти:

Дата заполнения карты " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

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

Дата ввода карты " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

Примечание:

а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти, в части анамнеза, получала ли дородовую помощь, была ли у нее артериальная гипертензия, была ли у нее анемия, было ли у нее неправильное положение плода, было ли у нее ранее кесарево сечение, какой у нее ВИЧ статус;

б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины;

с) основная причина смерти;

д) прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, при направлении умершей направлена в другую организацию, указывается сколько времени в часах составило время в пути следования до направленной медицинской организации, также указывается получение умершей медицинской помощи или акушерского/хирургического вмешательства до наступления смерти, при этом указывается процедура или вмешательство.

\*\* - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. При предотвратимой или условно предотвратимой смерти указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

\*\*\* - 4- цифровое определение республиканских клиник, научных центров, НИИ.

Список сокращений формы № 051/у "Карта учета материнской смертности":

--	--	--

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
3	РМН	Регистрационный медицинский номер
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 3 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

--	--	--

Ф.И.О. (при его наличии) социального

№ 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)

Организация:

		работника, работающего с семьей ИД. 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
			<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> 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 (на симметричность): 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 получает 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

8. утомляемость и недостаток энергии

9. неспособность к сосредоточению внимания

10. нарушение сна

11. проблемы с аппетитом

12. потеря интереса к сексу

6. приступы паники  
7. стресс и раздражительность

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 наличии)
- 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 при 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 при 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 обращается к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания

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

Идентификатор/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



### НІВ 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 за пациентом 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 при 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

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

Идентификатор/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 наличии:

7. Записи консилиумов (содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При 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

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

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

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 XXX, ширина в XXX 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 XXX, ширина XXX в см);

5. Цвет кровоподтека - красно-багровый

, синюшно- фиолетовый

, бурый

, зеленоватый

, желтый

;

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемия

, 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-тканых 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 XXXсм,

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 подбололочечных кровоизлияний, спинного мозга.

Схема анатомической локализации

Схема мужчина

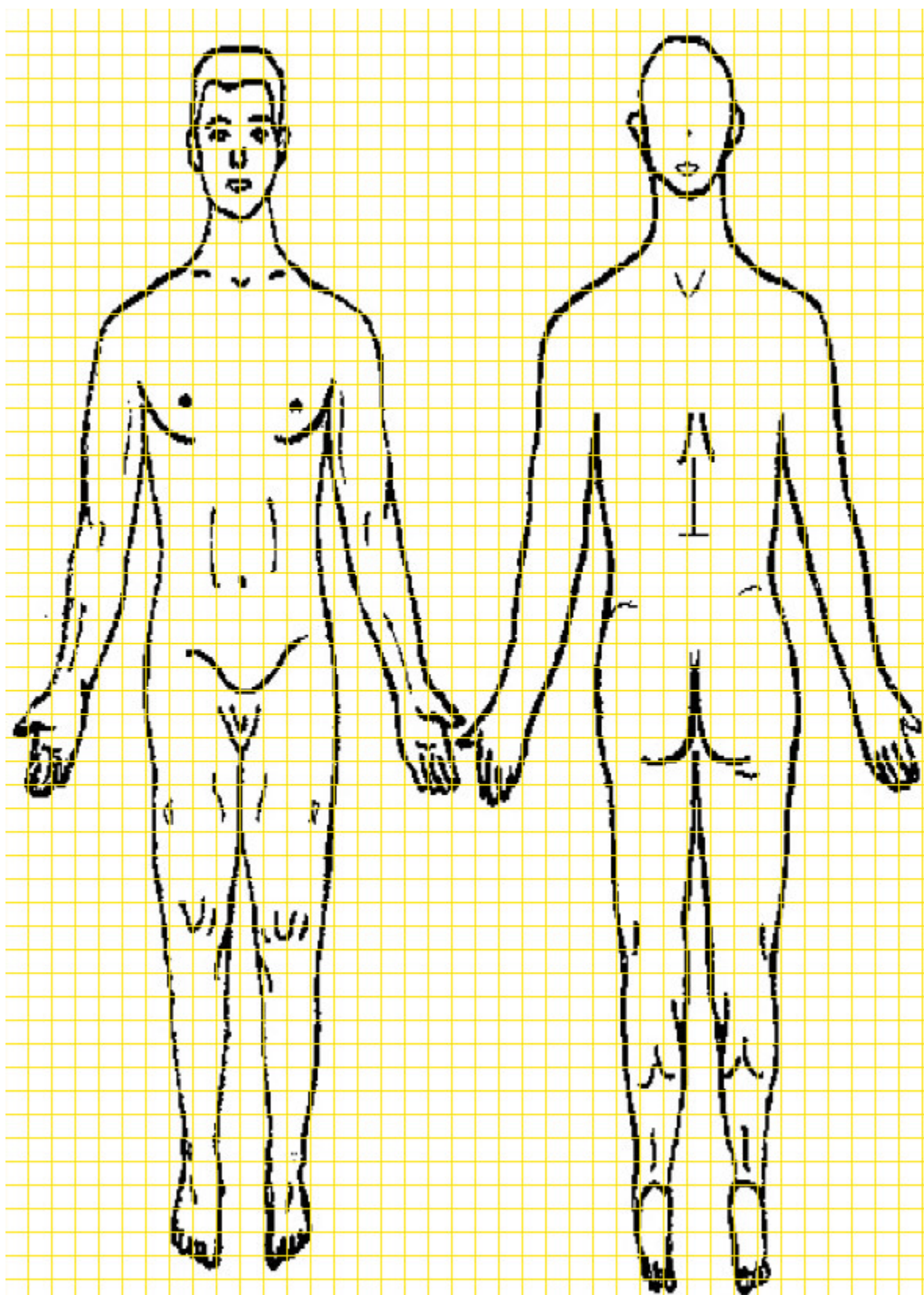
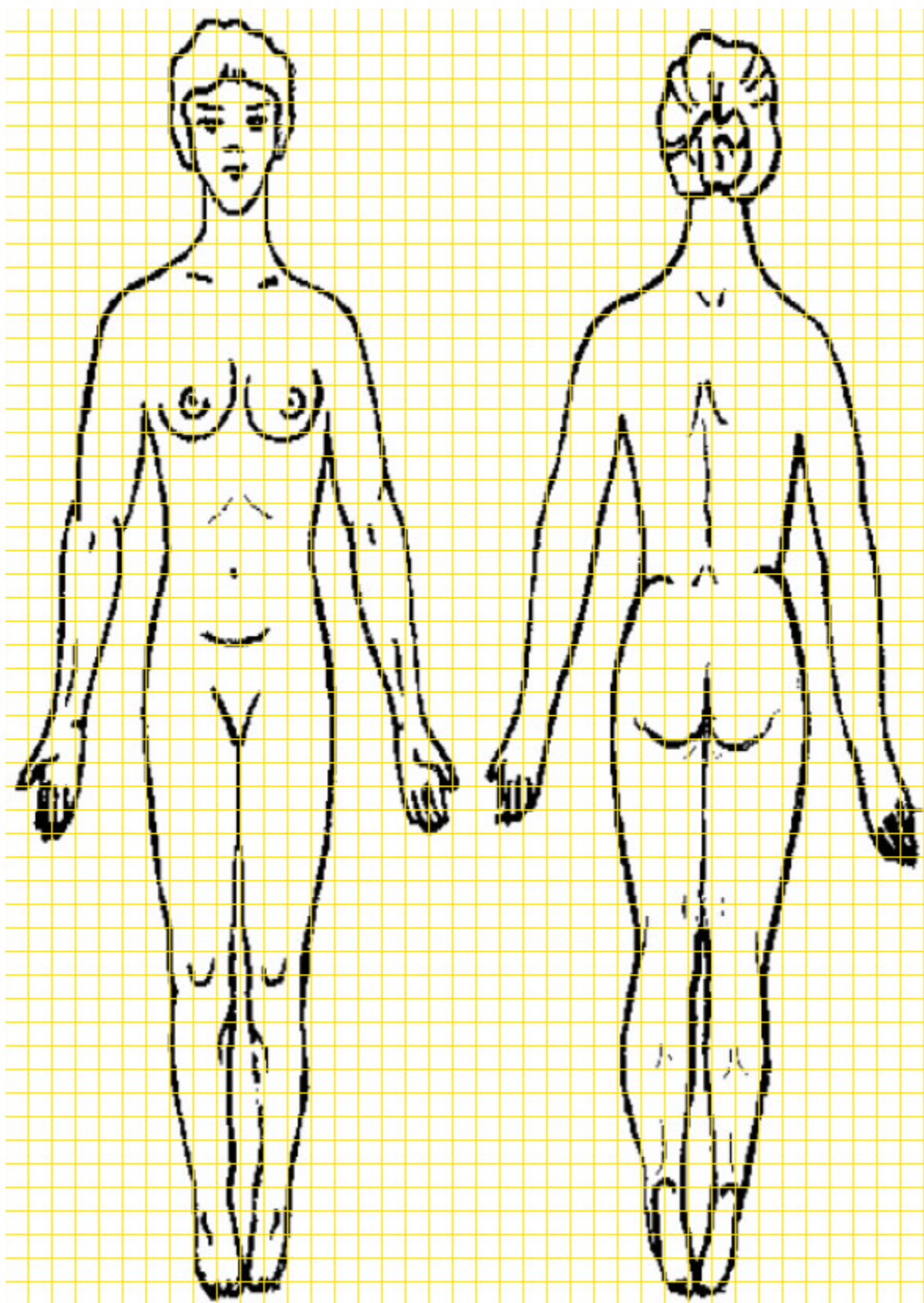


Схема женщины



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 пациента)

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)							
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>		Воздушной проводимости		АД		АС	
		Костной проводимости		АД		АС	
Имплантируемая система (есть <input type="checkbox"/> / нет <input type="checkbox"/> )		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 <input type="checkbox"/> /Среднее учебное заведение <input type="checkbox"/>			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

"Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан үзінді көшірме № \_\_\_\_" № 052-1/е нысаны

"Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента № \_\_\_\_" форма № 052-1/у

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка) \_\_\_\_\_

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента) \_\_\_\_\_

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) \_\_\_\_\_

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) \_\_\_\_\_

Шығуы (выбытия) \_\_\_\_\_

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) \_\_\_\_\_

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) \_\_\_\_\_

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) \_\_\_\_\_

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические

исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке)

---

---

---

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) \_\_\_\_\_

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания: \_\_\_\_\_

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:) \_\_\_\_\_

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) \_\_\_\_\_

Объективті деректер: (Объективные данные:) \_\_\_\_\_

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) \_\_\_\_\_

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические исследования:)

---

---

---

---

---

---

---

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:) \_\_\_\_\_

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:) \_\_\_\_\_

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) \_\_\_\_\_

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) \_\_\_\_\_

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

### Форма № 053/у "Талон"

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

мужской

женский

Адрес проживания

№ амбулаторной карты

Кабинет

Явиться (указать дату и время)

К врачу фамилия имя отчество (при его наличии)

Должность.

Повод обращения.

**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

## Форма № 055/у "Карта профилактического осмотра (скрининга)"

Дата

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения дата месяц год

4. Пол

м

ж

5. Адрес проживания область район город улица дом квартира Житель

города

села.

6. МО прикрепления. (из регистра МО)

7. Группа инвалидности

Дата установления

На какой срок установлена инвалидность.

Диагноз по инвалидности код наименование

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) ребенка:

Доврачебный этап

Рост Вес

Окружность головы (дети до 3 лет)

грудной клетки

Физическая активность, ежедневная физическая нагрузка. (дети 3 лет и старше)

да



нет

Артериальное давление (дети 7 лет и старше) 1-е систолическое /диастолическое  
2-е систолическое /диастолическое среднее систолическое /диастолическое

Определение остроты зрения.

Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше).

Определение остроты слуха:

с помощью шепотной речи на оба уха поочередно, в тихом помещении на расстоянии не менее 5 метров между средним медицинским работником и ребенком. \* при выявлении отклонений

Педиатрический этап

1. осмотр кожных покровов и волосистой части головы.

2. осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева. Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твердого неба, величину и вид небных миндалин, голосовую функцию (звучность голоса)

3. осмотр и пальпация области щитовидной железы

4. пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных

5. исследование органов кровообращения (осмотр, аускультация сердца), определение частоты, наполнения, ритма пульса. При аускультации отмечают звучность и чистоту тонов. При выявлении сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой

6. исследование органов дыхания (аускультация легких)

7. исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастриальной области, селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Обращается внимание на состояние слизистых, обложенность языка, десен, верхнего неба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени)

8. детям в возрасте от трех до четырех месяцев, по показаниям ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра

9. осмотр половых органов. При осмотре девочек старше 10 лет особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам, нарушению менструальной функции.

10. Оценка нервно-психического развития.

В 7-8 лет: психомоторная сфера и поведение, интеллектуальное развитие, эмоционально-вегетативная сфера

В 9-10 лет дополнительно оценивается сформированность абстрактно-логических операций, логических суждений

В 11-17 лет определяются: эмоционально-вегетативная сфера, сомато-вегетативные проявления, вегето-диэнцефальные проявления

11. оценка полового развития методом пубертограмм.

12. выявление признаков жестокого обращения.

Специализированный этап

1. хирург-ортопед

2. уролог (патология мочеполовой системы)

3. отоларинголог

4. невролог

5. стоматолог

6. офтальмолог

7. эндокринолог

Результаты скринингового обследования:

Группа здоровья.

\*Дети, относящиеся к 2, 3, 4, 5 группам здоровья подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.

Заключительный этап (дообследование и постановка на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации)

По завершении скринингового осмотра проводится комплексная оценка здоровья, оформляются эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития. В заключении даются рекомендации по дообследованию, наблюдению, соблюдению санитарно-гигиенических правил, режиму, физическому воспитанию и закаливанию, проведению профилактических прививок, профилактике пограничных состояний и заболеваний, по физкультурной группе (основная или специальная группа).

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) взрослого:

Подготовительный этап

Рост см см Вес кг кг Индекс Кетле.

Объем талии мужчины. женщины.

грудной клетки см см

Артериальное давление (двукратное измерение), среднее систолическое / диастолическое ммрт.ст.

ЭКГ. Уровень холестерина. Глюкоза.

Опрос (проводит СМР):

1. Курение, хотя бы одну сигарету в день

да

нет

2. Употребление алкогольных напитков разовое потребление не менее 2-х раз в неделю

3. Имеются (-лись) ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС)

да

нет

4. Появляется ли у Вас боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут, или перебои в ритме сердца

да

нет

5. Отмечаются ли у Вас головные боли

да

нет

6. Отмечается ли у Вас повышение артериального давления

да

нет

7. Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения

да

нет

8. Имеются ли у Вас жалобы на "пелену" перед глазами

да

нет

9. Имеется (-лась) ли у Ваших родителей глаукома

да

нет

10. Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии

да

нет

11. Отмечаются ли у Вас в течение последнего года патологические примеси в кале

да

нет

12. Только для женщин: бывают ли у Вас контактные кровотечения

да

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета

да

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета возраст лет

шкала SCORE для определения сердечно-сосудистого риска и принятия решения о дальнейшем ведении скринируемого лица: . рекомендации: .

Результаты обследования на выявление глаукомы возраст лет: внутриглазное давление.

Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний :

Цитологическое исследование мазков женщины возраст лет: .

Осмотр акушера

На зеркалах

Взятие мазка

Кольпоскопия (по показаниям):.

Результат биопсии шейки матки (по показаниям):.

Маммография, вторая читка. Обследована маммографически по скринингу:.

Гемокульт-тест возраст лет: Проведен гемокульт-тест по скринингу:

Колоноскопия (по показаниям):.

Эзофагоскопия возраст лет:.

Гастродуоденоскопия возраст лет:

Результаты ПСА (мужчины возраст лет):

Индекс здоровья простаты.

Результаты биопсии предстательной железы (по показаниям):

Посещения:

Вид посещения

Идентификатор врача

Результаты скринингового обследования:

Здоров

да

нет

Выявлены поведенческие факторы риска.

Выявлены биологические факторы риска:

Заключительный диагноз код код наименование тип диагноза код врача

Группа диспансерного наблюдения.

Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики)

да

нет

Дата окончания скрининг-обследования



Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводившего скрининг ID.

Список сокращений формы № 055/у "Карта профилактического осмотра (скрининга)":

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

### Форма № 056/у "Форма учета записи вызовов врачей на дом"

1. Дата и время вызова
2. Индивидуальный идентификационный номер пациента
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения
5. Адрес проживания
6. № участка
7. Повод вызова
8. Вызов первичный/повторный
9. Дата выполнения вызова
10. Кем выполнен вызов (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача)
11. Диагноз
12. Оказанная помощь

Примечание:

С 1 по 8 поле – формируют учет вызовов врачей на дом, с 1 по 12 поле – формируют учет обслуженных вызовов врачей на дом.

### Форма № 057/у "СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности"

Дата	Число посещений				
	Всего	в т. ч. дети до 14 лет	Другие льготные группы	Первичные посещения из них первичные	Всего (постоянных+молочных)

				посещения всего	в т.ч. дети до 14 лет	
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Наложение пломб по поводу													
Неосложненный кариес			Осложненный кариес		Некариозные поражения зубов			Профилактическая работа					
Поверхностный	Средний	Глубокий	Пульпит	Периодонтит	Осмотрено в плановом порядке			Нуждалось в санации из числа осмотренных		Вылечено из числа нуждавшихся в санации			
8	9	10	11	12	13	14	15	16					
	П	М	П		М	П	М	П	М	П	М		

Закончен курс лечения по поводу										Хирургические вмешательства		Санировано	
Гингивит	Пародонтит (степень)	Парадонтит (дентонтоз)	Заболевания слизистой	Гистержулынуудале но зубов	Экстренные операцииИмпла нтация(число имп-ов)	Плановые операции в т.ч.операции нтр							
							Я	Л	С	Р	в	е	р

Ката раль ный	Гиперт рофиче ский	е н ы й	г н я я	е н я я	Тяжела я			Всег о	По поводу заболеваний пародонта							
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33				
								П	М							

Идентификатор врача-стоматолога

Вкладной лист  
к сводной ведомости  
ежедневного учета работы  
врача-стоматолога

### СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета работы врача-стоматолога-ортодонта

Числа месяца	Число посещений					Число лиц, взятых под диспансерное наблюдение	
	Всего	в том числе				всего	в том числе детей до 14 л е т включитель но
		городскихжителей		сельскихжителей			
		всего	в том числе детей до 14 л е т включитель но	всего	в том числе детей до 14 л е т включитель но		
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Объем выполненной работы							
Внутриротовые несъемные аппараты		Внутриротовые съемные аппараты		Аппараты сочетанного действия	Протезы		
Механическ о г о действия	Функциона льного действия	Механическ о г о действия	Функциона льного действия		Несъемные	Съемные	в том числе ортопедиче ские
9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение						Общая сумма стоимости работ
в том числе						
всего	с аномалиями отдельных зубов	с аномалиями зубных рядов	с сагиттальным и аномалиями прикуса	с трансверзальн ы м и аномалиями прикуса	с вертикальным и аномалиями прикуса	
17	18	19	20	21	22	23

Вкладной лист  
к сводной ведомости

**СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета работы врача-стоматолога-ортопеда**

Числа месяца	Число посещений		Искусственные коронки (одиночные на зубах)								
	Всего	в т.ч. иногородные	Всего	в том числе						виниры	керамические
				металлические	штампованные	литые	Пластмассовые коронки и зубы				
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	
					прямые	непрямые		м/к	цир	цел. кер	

**продолжение таблицы**

Коронки на имп-х одиночные				Мостовидные протезы						
в них				в них						
Всего	металлокерамические	коронки циркон	Цельно керамические	Всего мостовидных протезов	литых зубов			литых зубов	зубов м/к	Цельно-керамич
11	12	13	14		15	16	17			
					метал	м/к	ц/к			

Шлифовые зубы	Съемные протезы				Лица, получившие протез		
					Всего	в том числе	бесплатно
	Частичные	Полные	Частичные бюгельные				
	пластиночные	пластмасса	на аттачмен	ка кламмерах			
20	21	22	23	24	25	26	27

**Форма № 058/у "Медицинская карта стоматологического пациента (включая санацию) № \_\_\_**  
**—"**

Дата

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. Диагноз

12. Жалобы

13. Перенесенные и сопутствующие заболевания

14. Развитие настоящего заболевания

15. Данные объективного исследования, внешний осмотр

Осмотр полости рта, состояние зубов

Челюсть.

Сторона.

Зуб.

Состояние O/R.C/P/Pt/JMPA/K/I/B

16. Прикус

17. Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба

18. Данные рентгеновских, лабораторных исследований

19. Дневниковые записи (дата, текст, диагноз, Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача и идентификатор)

20. План обследования, лечения (наименование услуги, лекарственные средства)

21. Результаты лечения (эпикриз)

22. Рекомендации  
Лечащий врач  
Заведующий отделение

Вкладной лист  
к медицинской карте  
стоматологического пациента

**План обследования ребенка на стоматологическом приеме**

I. Внешний осмотр:				
1. Осанка.				
2. Лицо.				
3. Вредные привычки.				
II. Изучение функций:				
1. Дыхание.				
2. Жевание.				
3. Глотание.				
4. Речь.				
5. Смыкание губ.				
III. Стоматологический статус:				
1. Регионарные лимфоузлы.				
2. Приротовая область.				
3. Предверие полости рта.				
4. Уздечка и губы.				
5. Уздечка языка.				
6. Слизистая полости рта.				
7. Десневой край.				
8. Язык.				
9. Форма зубного ряда.				
10. Состояние челюстей.				
11. Соотношение челюстей.				
12. Аномальное положение зубов.				
13. Прорезывание зубов.				

14. Состояние тканей зуба, цвет.				
15. Форма зуба.				
16. Некариозные поражения.				
17. Очаги деминерализации.				
18. Интенсивность кариеса <input type="checkbox"/> . КП <input type="checkbox"/> . КПУ.				
19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ				
20. Стоматическая группа здоровья.				
2 1 . Стоматологическая диспансерная группа.				

**Форма № 059/у "Карта обратившегося за антирабической помощью"**

20\_\_ год \_\_\_\_\_

Дата обращения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

—  
2. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

—  
3. Дата рождения \_\_\_\_\_

—  
4. Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

—  
\_\_\_\_\_

—  
5. Занятие и адрес места работы, № телефона \_\_\_\_\_

—  
\_\_\_\_\_

—  
6. Дата укуса, оцарапывания, ослюнения (подчеркнуть и вписать) \_\_\_\_\_

—  
\_\_\_\_\_

7. В какую лечебную организацию обращался по поводу укуса и когда \_\_\_\_\_

8. Описание повреждения и его локализация \_\_\_\_\_

9. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном \_\_\_\_\_

10. Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения \_\_\_\_\_

11. Бешенство животного установлено ветврачом  
клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать) \_\_\_\_\_

13. Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или  
вписать) \_\_\_\_\_

14. Анамнез обратившегося:

а) заболевание нервной системы \_\_\_\_\_

б) употребляет ли спиртные напитки, как часто \_\_\_\_\_

в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько \_\_\_\_\_

г) прочие сведения \_\_\_\_\_

15. Назначение прививки \_\_\_\_\_

16. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) \_\_\_\_\_



17. Введение антирабического гаммаглобулина, дата, серия \_\_\_\_\_

—

18. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение \_\_\_\_\_

—

Отек \_\_\_\_\_

—

Десенсибилизация: однократная, двухкратная  
Суточная доза \_\_\_\_\_

—

Повторные введения:

Дата \_\_\_\_\_ Доза \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_

—

19. Осложнения во время проведения прививок \_\_\_\_\_

—

—

20. Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым,  
прерван самовольно и прочие (подчеркнуть или вписать) \_\_\_\_\_

—

—

21. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок \_\_\_\_\_

—

—

22.. Примечание \_\_\_\_\_

—

Подпись врача \_\_\_\_\_

С правилами поведения во время прививок ознакомлен \_\_\_\_\_

№ п/п	Дата прививки	Доза вакцины	№ серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки	№ п/п	Дата прививки	Доза вакцины	№ серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки

**Форма № 060/у "Лечебная карта допризывника № \_\_\_\_\_"**

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

\_\_\_\_\_

2. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

3. Дата рождения: \_\_\_\_\_

4. Место жительства допризывника \_\_\_\_\_

5. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

6. Профессия, должность \_\_\_\_\_

7. Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке) \_\_\_\_\_

8. Срок явки:

а) Назначено явиться 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц

отправлено напоминание о явке \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц

Явился 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц

9. Находился под наблюдением врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата

Прохождение лечения

10. Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного осмотра

)

11. Данные рентгенодиагностики и лабораторного исследования

12. Диагноз \_\_\_\_\_

13. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (подпись)

Главный врач \_\_\_\_\_ (подпись)

Данные медицинского наблюдения

Дата посещения	Текущие наблюдения	Назначение
----------------	--------------------	------------

Линия отреза -----

Отрезной талон № \_\_\_\_\_ лечебной карты допризывника № \_\_\_\_\_ (по снятии допризывника с лечения заполняется и направляется через территориальный орган в военкомат)

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

2. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

3. Дата рождения: \_\_\_\_\_

4. Место жительства допризывника \_\_\_\_\_

5. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

6. Профессия, должность \_\_\_\_\_

7. Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке) \_\_\_\_\_

б) Назначено явиться 20\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц отправлено напоминание о явке

\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц

Явился 20\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц

9. Находился под наблюдением врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата 20\_\_ года \_\_\_\_\_  
месяц

Явился 20\_\_ года \_\_\_\_\_ месяц

10. Диагноз (установлен в лечебной организации) \_\_\_\_\_

11. Данные объективного обследования \_\_\_\_\_

12. Данные рентгенодиагностики \_\_\_\_\_

13. Данные лабораторного исследования \_\_\_\_\_

14. Данные других исследований \_\_\_\_\_

15. Какое проведено лечение \_\_\_\_\_

16. Результат лечения \_\_\_\_\_

17. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации

—

—

18. Снят с учета лечебной организации \_\_\_\_\_

—

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

(Печать лечебной организации)

Лечащий врач \_\_\_\_\_ (подпись)

Главный врач \_\_\_\_\_ (подпись)

**Форма № 061/у "Именной список допризывников \_\_\_\_\_ годов рождения, направляемых на обследование, для систематического лечения, на диспансерное наблюдение"**

\_\_\_\_\_



												я (4) помещ ено в дома ребенк а (5)	Приме чание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

**Форма № 063/у "Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом"**

1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения (число/месяц/год) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Пол: 1- муж, 2- жен

4. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

5. Место жительства

5.1. Житель: 1- города, 2- села

6. Прикрепленный житель: 1- да, 2- нет;

7. Категории населения: 1- школьник, 2- студент, 3- работающий, 4- безработный, 5 - другое

8. Повод обращения: 1- консультация, 2- заболевание, 3- социальная проблема, 4 психологическая проблема, 5- участие в тренингах, 6- другое

9. Кем направлен: 1- самообращение, 2- медицинские организации, 3- государственные организации и учреждения, 4 - неправительственные организации, 5 – прочие (вписать) \_\_\_\_\_)

10. Источник информации: 1- врач, 2- средний медицинский работник, 3- родители, 4- друзья, 5- коллеги, 6- СМИ, 7- телефон доверия, 8- другое

11. Визиты: 1- первичный, 2- повторный

13. Посещения:

Дата	Время посещения	Вид посещения(индивидуальное консультирование, групповая консультация, посещение на дому)
------	-----------------	---

13. Оценка социально-психологической проблемы

14. Виды социальных и психологических услуг: 1- социально-медицинские услуги 2 - социально-психологические услуги 3 - социально-педагогические услуги 4 - социально-экономические услуги 5 - социально-правовые услуги 6 - социально-бытовые услуги 7 - социально-трудовые услуги 8 - социально-культурные услуги; 9 - индивидуальные психологические консультации; 10 - семейные психологические консультации; 11 - групповые консультации

15. Исход обращения: 1 - решение ситуации, 2 - улучшение ситуации, 3 - без перемен, 4 - отказ клиента, 5 - другое)

16. Случай обращения: 1 - завершен, 2 - не завершен

17. Социальный работник/психолог:

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Подпись \_\_\_\_\_

19. Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ год

**Форма № 064/у "Талон прикрепления к медицинской организации"**

№ амбулаторной карты

№ участка

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии) пациента

Дата рождения

Пол

мужской

женский

Гражданство

Адрес проживания

Контактный телефон

Семейное положение .

Образование .

Место работы/учебы

Должность

Социальный статус.

Ф.И.О. (при его наличии) родителей для детей до 18 лет

При свободном выборе МО ПМСП медицинское обслуживание на дому.

Ф.И.О. (при его наличии) регистратора ID

Список сокращений формы № 064/у "Талон прикрепления к медицинской организации":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (
---	----	---

		считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

**Форма № 065/у "Карта профилактических прививок"**

20\_\_ года "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

4. Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

Отметки о перемене адреса

\_\_\_\_\_

Стр. 2 ф. № 065/у

**Прививка против туберкулеза**

Туберкулезные пробы		вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		ревакцинация					

**Прививка против полиомиелита**

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



Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
---------------	------	-------	---------	------	-------	---------	------	-------

Стр. 3 ф. № 065/у

### Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

\* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

### Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

### Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	

Стр. 4 ф. № 065/у

### Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	

### Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку	Медицинский отвод(дата, причина)
						Общая (Т*)	
Вакцинация							

Ревакцинация							
--------------	--	--	--	--	--	--	--

Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Причина \_\_\_\_\_

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

При выезде из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

### Форма № 066/у "Журнал учета профилактических прививок"

1. Дата и время
2. № карты
3. Индивидуальный идентификационный номер ребенка/матери (при его наличии)
4. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) ребенка/матери
5. Дата рождения
6. Наименование заболевания, против которого применена вакцина
7. Страна производитель
8. Номер партии
9. Номер серии
10. Название препарата вакцины, анатоксина и прочие
11. Способ применения
12. Дозировка

ед.изм.

13. Дата и время прививки

14. Побочная реакция или нежелательное явление

### Форма № 067/у "ЖУРНАЛ движения вакцин" за 20\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

№ п/п	Дата вакцинации	Название вакцины	Привито новорожденных		Израсходовано вакцины (в дозах)		Остаток вакцины (в дозах)
			отделение №1	отделение №2	всего по роддому		
1	2	3	4	5	6	7	8

### Форма № 068/у "Справка для получения путевки"

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает пациенту права поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое лечение

Действительна до \_\_\_\_\_

—  
(число, месяц, год)

Выдана лицу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество(при его наличии))

ИИН \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место постоянного жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ в том, что он (она) страдает \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать диагноз)

\_\_\_\_\_ и что ему (ей) рекомендуется лечение:

курортное \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать рекомендуемые курорты)

а) в санатории \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать профиль)

б) амбулаторно-курсовое (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ В местном санатории (вне курорта)

\_\_\_\_\_ (указать профиль санатория)

Время года (зимой, весной, летом, осенью) подчеркнуть

Справка действительна лишь по месту жительства или работы пациента. Она представляется при получении путевки.

После получения путевки необходимо обратиться за санаторной картой в медицинскую организацию, выдавшей справку.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

М.П. Заведующий отделением \_\_\_\_\_

20 \_\_\_\_ года " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

**Форма № 069/у "Санаторно-курортная карта № \_\_\_\_\_ " 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_**

Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение.

Без настоящей карты путевка недействительна.

Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту:

Область \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_

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

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) пациента (полностью)

Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть), дата рождения \_\_\_\_\_

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

Үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон)

2. Место учебы (работы)

---

3. Занимаемая должность

---

Детский блок (0-17 лет включительно)

Место работы родителей и телефон \_\_\_\_\_

---

1. Анамнез: вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания (в каком возрасте) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

2. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) \_\_\_\_\_

---

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз) (Профилактические прививки (указать даты)) \_\_\_\_\_

---

---

---

4. Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное), указать пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда

---

---

---

---

5. Жалобы в настоящее время

6. Объективті қарау деректері (Данные объективного осмотра)

7. Данные лабораторного, рентгенологического исследований (даты)

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания

Подпись лечащего врача

Место печати

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

Заключение санаторно-отборочной комиссии

Диагноз основной

---

---

---

Сопутствующие заболевания

---

---

---

---

Рекомендуемое санаторно-курортное лечение \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Председатель \_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_

---

---

---

Место печати

Дата \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей.

Срок действия карты - 2 месяца.

Обязательное приложение к форме.

Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка.

Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

Находился в санатории \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

—

Диагноз санатория:

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур)

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—

\_\_\_\_\_

—



Эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе, общая оценка результатов лечения)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Рекомендации по дальнейшему лечению \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Контакты с инфекционными заболеваниями \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Перенесенные интеркуррентные заболевания, обострение основного и сопутствующих заболеваний

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



3. Диагноз:

а) основной \_\_\_\_\_

б) сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Заключение:

Курортное лечение (указать рекомендуемые курорты) \_\_\_\_\_

а) в санатории (указать профиль) \_\_\_\_\_

б) амбулаторно-курсовое \_\_\_\_\_

Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта)  
(указать профиль санатория)

Время года \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Форма № 070/у "Путевка в детский санаторий" № \_\_\_\_\_

наименование санатория и медицинский профиль

Сроком с 20\_\_ года \_\_\_\_\_ до 20\_\_ года \_\_\_\_\_

Путевка бесплатная, продажа или передача другим лицам запрещается

Фамилия ребенка \_\_\_\_\_

Имя (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес организации, выдавшей путевку \_\_\_\_\_

(Подпись лица, выдавшего путевку, должность и фамилия) \_\_\_\_\_

Печать организации выдавшей путевку

(Стр.2 ф. № 070/у)

В санаторий принимаются дети в возрасте от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ включительно

Показания (в соответствии с медицинским профилем)

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

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

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

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

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

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

Общие противопоказания

1. Все болезни в остром периоде \_\_\_\_\_

2. Все хронические заболевания, требующие специального лечения

3. Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции

4. Бациллоносительство

5. Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия, лейкемия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов

6. Болезни сердечно-сосудистой системы:

а) для местных специализированных санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени

б) Для санаторного лечения на курортах – недостаточность кровообращения любой степени

7. Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения

8. Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

Стр.3 ф. № 070/у

Путевка действительна при наличии:

1. Санаторно-курортной карты

2. Справки эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными пациентами по месту жительства

3. Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных заболеваний кожи

4. Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное бактериносительство (по эпидемиологическим и медицинским показаниям)

Примечание:

В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактериносительство обязательно

(Стр.4 ф. № 070/у)

Адрес санатория \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Пути сообщения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

—  
**Форма № 071/у "Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь"**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

домашний телефон № \_\_\_\_\_

№ школы и ее адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_

№ поликлиники и ее адрес \_\_\_\_\_

телефон № \_\_\_\_\_

Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз )

Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) \_\_\_\_\_

Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней) \_\_\_\_\_

Физическое развитие \_\_\_\_\_

Физкультурная группа \_\_\_\_\_

Рекомендуемый режим \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи  
справки

Подпись врача школы или детской поликлиники \_\_\_\_\_

Стр.2 ф. № 071/у

Заполняется врачом оздоровительного лагеря

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в оздоровительном лагере

Контакт с инфекционными пациентами \_\_\_\_\_

Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере:

Общее состояние \_\_\_\_\_

Вес при поступлении \_\_\_\_\_ при отъезде \_\_\_\_\_

Динамометрия \_\_\_\_\_

Спирометрия \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача оздоровительного лагеря \_\_\_\_\_

Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы

Корешок к медицинской справке № \_\_\_\_\_

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Диагноз и медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к выезду за границу

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

Название страны

Домашний адрес направляемого

Дата выдачи справки

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Члены комиссии

Место печати врача

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

---

**Форма № 072/у "Медицинская справка (для выезжающего за границу)"**

Выдана Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

лет, в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике. (название и местонахождение организации)

При осмотре установлено

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

По состоянию здоровья лица направляется в заграничную командировку (название страны) сроком на

Дата

Срок годности справки –1 год

Члены комиссии

Место печати врача

**Форма № 073/у "Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством"**

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол





мужской



женский

Адрес проживания

Контактный телефон

Место работы/учебы

Должность

Результаты медицинского осмотра у специалистов:

Заключение врача-терапевта/ВОП Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Идентификатор \* (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заклучение противопоказания

Заклучение врача-офтальмолога Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Идентификатор \* (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заклучение противопоказания

Заклучение врача-оториноларинголога Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Идентификатор \* (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заклучение противопоказания

Заклучение врача-психиатра Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Идентификатор \* (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заклучение противопоказания

Заклучение

1. к управлению троллейбусами и трамваями. 2. к управлению автомобилями без ограничения максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров "А", "В", "С", "D", "BE", "CE", "DE", подкатегорий "A1, B1, C1, D1, C1E и D1E", а также трамваями и троллейбусами 3. к управлению индивидуальным автомобилем категории "В" без права работы по найму к управлению автомобилем с ручным управлением. 4. к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "А"). 5. к управлению мотоколяской. 6. к управлению мопедом.

Дата выдачи медицинской справки

Срок годности справки 12 месяцев

Место для фото

Печать медицинской комиссии

Председатель комиссии

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

Секретарь

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

**Форма № 074/у "Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу"**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной \_\_\_\_\_

—

Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_

—

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Место работы и должность \_\_\_\_\_

—

Беременность \_\_\_\_\_ недель \_\_\_\_\_

Основание для перевода \_\_\_\_\_

—

Рекомендуемая работа \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача \_\_\_\_\_

—

подпись \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Перевод осуществлен \_\_\_\_\_

Должность руководителя \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

—  
**Форма № 075/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)"**

Наименование МО

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)

Дата рождения

Пол

мужской

женский

Адрес проживания

Адрес регистрации

Место работы/учебы/детского учреждения

Должность

Дата последнего медицинского обследования

Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра наименование

Врач Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Заключение терапевта/ВОП Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

дата

наименование код

Заключение нарколога Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

дата

наименование код

Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

Дата

Результат.

Заключение психиатра Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Психологическое тестирование:

Дата

Результат.

Данные рентгенологического (флюорографического) обследования

Дата

Результат.

Данные лабораторных исследований

Врачебное заключение о профессиональной пригодности с указанием условий

Лицо, заполнявшее справку Идентификатор

Ф.И.О. (при его наличии)

Руководитель медицинской организации Идентификатор

Ф.И.О. (при его наличии)

Список сокращений формы № 075/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)":

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

**Форма № 076/у "Заключение медицинского осмотра (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия)"**

20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

Выдано гражданину (-ке): \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (при его наличии) \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

Область (город) \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_

по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра

(нужное подчеркнуть) в организации \_\_\_\_\_

наименование организации

Врач терапевт \_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-невропатолог \_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-психиатр с психологическим тестированием: \_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Исследование жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

дата

результат \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (при его наличии) исполнителя

Врач-нарколог \_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20\_\_ года " \_\_ " \_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Заключение медицинского осмотра

Врач терапевт \_\_\_\_\_

—  
подпись Ф.И.О. (при его наличии)

Место печати врача

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

—  
подпись Ф.И.О. (при его наличии)

Место печати врача

Председатель комиссии \_\_\_\_\_

— Ф.И.О. (при его наличии) подпись

Секретарь \_\_\_\_\_

— Ф.И.О. (при его наличии) подпись

Список сокращений формы № 076/у "Заключение медицинского осмотра (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия)":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МП	Место печати
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

**Форма № 077/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы" № \_\_\_\_\_**

Дата взятия на учет

Общая часть:

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения дата месяц год

4. Группа крови. резус-фактор.

5. Дата определения

6. Возраст

7. Национальность

8. Житель

□

города



села

9. Адрес проживания область район город улица дом квартира

10. Место работы/учебы

Должность Образование.

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса

12. Информация о муже:

12.1 ИИН

12.2 Ф.И.О. (при его наличии), телефон

12.3 Группа крови. и резус принадлежность

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

При желании беременной женщины, информация, содержащаяся в данной форме дублируется на бумажном носителе (аналог обменной карты)

Вкладной лист 1  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Первичный прием:

Дата приема

Жалобы при взятии на учет

Анамнез:

Дата приема

1. Осложнения данной беременности

2. Наследственность.

3. Перенесенные острые заболевания код наименование.

4. Гепатит



нет



да

5. Туберкулез

нет

да

6. Онкозаболевания

нет

да

7. Венерические заболевания

нет

да

8. Хронические заболевания (если есть, то состоит ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию)

нет

да код наименование.

9. Перенесенные операции код МКБ. код МКБ.

10. Гемотранфузия



нет

да

11. Аллергоанамнез

нет

да

12. Рентгенологическое обследование (результат последнего обследования)

13. Вредные привычки

нет

да

Акушерско-гинекологический специальный: Дата приема

1. Менструальная функция:

Менархе

в лет

длительность менструации

характер цикла.

2. Половая жизнь с

лет

3. Брак.

4. Данные о здоровье отца (рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

5. Гинекологический анамнез

6. Контрацепция

7. Последняя менструация с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

8. Беременность наступила.

Исход предыдущих беременностей\*

1. Беременность которая

2. Роды

3. Беременность наступила.

4. Чем закончилась беременность.

5. Срок родов

недель

6. Ребенок родился. масса (вес)

7. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода

\* Информация по всем предыдущим беременностям вносится в хронологическом порядке.

Объективные данные: Дата приема

1. Общее состояние (удовлетворительное)

2. Рост см.

3. Масса (вес)

кг.

4. ИМТ (индекс массы тела)

5. Кожные покровы

6. Отеки

7. Исследование молочных желез

8. Состояние органов дыхания

9. Сердечно - сосудистой системы

10. АД: на правой руке

на левой руке

ЧСС

11. Живот

12. Печень, селезенка

13. Симптом поколачивания

14. Другие органы

15. Мочеиспускание

16. Стул

Акушерский статус: Дата приема

1. Размеры таза по показаниям (рост менее 150см и выше 170 см. травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):

D. Sp.

D. cr.

D. troch

c. ext

C. diag

C. vera

2. Наружное акушерское исследование: высота дна матки)

см.

3. Окружность живота по показаниям

см.

4. Положение плода, позиция, вид

5. Предлежание.

6. Сердцебиение плода

7. Срок беременности:

По менструации

недель

По УЗИ (раннему до 16 недель)

недель

8. Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы На зеркалах: Влагалище Шейка матки Тело матки  
Придатки Особенности Кольпоскопия (по показаниям)

9. Срок беременности

недель

10. Предполагаемая дата родов

11. Предполагаемое место родов

12. Факторы риска.

Индивидуальный план ведения беременности:

1. Посещения

2. Лабораторные исследования, дата и время (услуга из тарификатора);

3. Инструментальные методы исследования, дата и время (услуга из тарификатора);

4. Консультации специалистов, дата и время (услуга из тарификатора);

5. Профилактические мероприятия

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 2  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Прием врача акушер-гинеколога (заполняется при каждом посещении)

Дата

1. Жалобы

2. Общее состояние

3. АД

#### 4. Пульс

5. Кожные покровы

6. Отеки

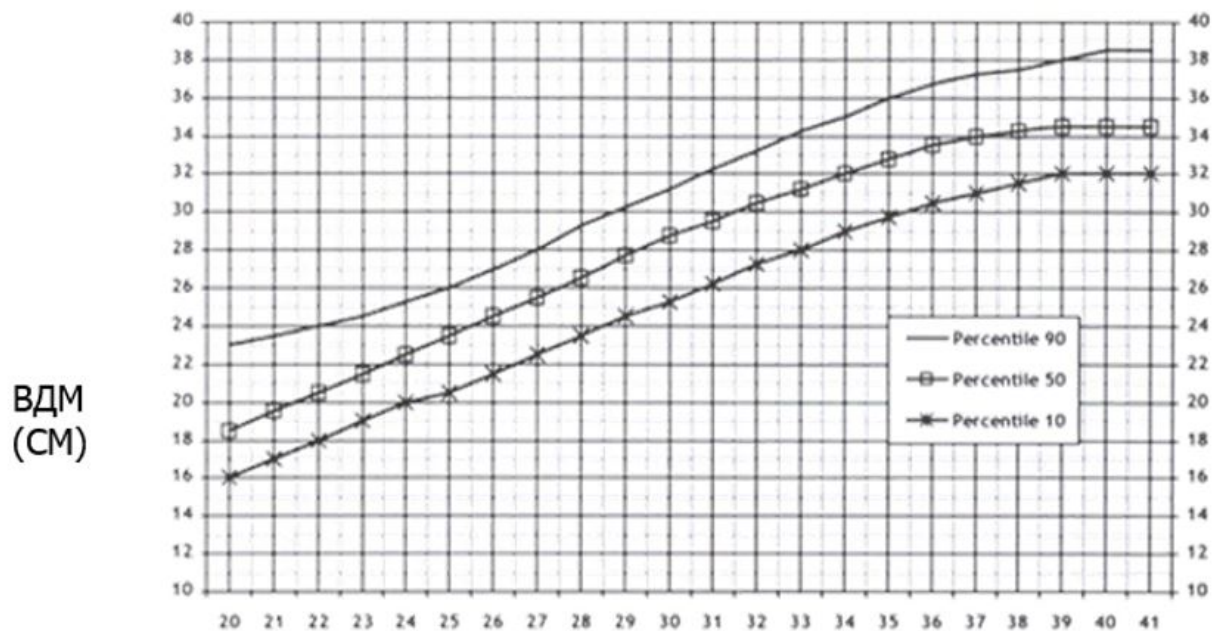
7. Живот

8. Матка

в нормотонусе

в гипертонусе)

Гравидограмма



Наружное акушерское исследование:

1. Высота дна матки

см.

2. Положение плода

3. Предлежание .

4. Сердцебиение плода

5. ЧСС

ударов в мин

6. Другие органы

7. Мочеиспускание

8. Стул

9. Беременность

недель

10. Дополнительный диагноз (при наличии)

Проведенные обследования (при формировании в МИС, могут отображаться)

Рекомендации

	Врач: ID Ф.И.О.
	(при его наличии)

Вкладной лист 3  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Результаты лабораторных и диагностических исследований

1. Дата и время

2. Лабораторные исследования:

Беременность

недель:

услуга из тарификатора., дата и время, результат. RW 1 RW 2 ВИЧ-1 (с информированного согласия) ВИЧ-2 (с информированного согласия) Маркеры гепатита В, дата и время Мазок на микроскопию (по показаниям), дата и время Мазок на онкоцитологию (по показаниям), дата и время

### 3. Пренатальный скрининг:

Биохимический скрининг Период проведения Дата проведения Результаты обследования Ультразвуковой скрининг Период проведения. Дата проведения Срок беременности

недель Заключение Кардиотокографическое исследование (после 32 недель по показаниям)

Доплерометрия (по показаниям) Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 4  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Консультации специалистов (по показаниям)

1. Дата и время

2. Вид консультации

3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

4. Диагноз код наименование.

5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

6. Идентификатор врача

При наличии:

7. Записи консилиумов включают согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется.

Вкладной лист 5  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Подготовка к родам (Школа подготовки к родам)

1. Дата проведения

2. Срок беременности



недель

3. Тема занятий

4. Посещение партнера

нет

да

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

Вкладной лист 6  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Патронажные посещения

1. Дата проведения

2. Срок беременности

недель

3. Жалобы

4. Общее состояние

5. АД

6. Положение плода

7. Предлежание

8. Сердцебиение плода

9. Бытовые условия

10. Социальное благополучие

11. Социально-правовая помощь (по показаниям)

12. Психопрофилактическая подготовка к родам: услуга из тарификатора, дата и время

13. Результат.

14. Рекомендации

Кем проведен патронаж ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 7  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Выдача дородового/послеродового декретного листа

1. Отпуск по беременности:

с \_\_\_\_\_

по \_\_\_\_\_

Лист о временной нетрудоспособности №

2. Роды, дата и время

Роды произошли (из регистра МО)

3. Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах на

дней

с \_\_\_\_\_

по \_\_\_\_\_

Лист о временной нетрудоспособности №

4. Выписка родильного дома, дата и время

Послеродовый эпикриз (Приходит после родов для завершения документа)

1. Дата родов/аборта

2. Осложнения данной беременности код наименование.

3. Экстрагенитальные заболевания, диагноз

4. Исход беременности.

5. Особенности родов

6. Ребенок. вес

гр., рост

см

7. Исход пребывания в стационаре:.

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 8  
к индивидуальной карте  
беременной и родильницы

Наблюдение за родильницей (дневник)

1. Дата
2. Общий осмотр
3. Жалобы
4. Результаты проведенных обследований
5. Советы, назначения

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Список сокращений формы № 077/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы":

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

Форма № 078/у "Рецепт № \_\_"

Дата и время

Выберите для кого

Выберите оплату.

Индивидуальный идентификационный номер  
 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента  
 Дата рождения  
 Домашний адрес  
 Диагноз  
 Фамилия, имя, отчество. (при его наличии) врача, идентификатор  
 Рр.  
 Международное непатентованное наименование  
 D.T.D.  
 D.S.  
 Рецепт действителен до  
 Телефон

Контрольный талон к справке № _____ о временном освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком Дата выдачи Фамилия, имя, отчество (при его наличии) освобожденного от работы Индивидуальный идентификационный номер Место работы Домашний адрес Родственные отношения с ребенком Сведения о ребенке фамилия, имя, возраст Диагноз Дошкольное учреждение, школа Освобожден (а) от работы с дд/мм/ггдо дд/мм/гг Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор	<b>Форма № 079/у "Справка № _____ о временном освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком"</b>  Дата выдачи Выдана гражданину(ке) в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком. Место работы Сведения о ребенке Фамилия, имя, возраст Диагноз Дошкольное учреждение, школа Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор
--	--

оборотная сторона ф.  
№ 079/у

### Освобождение от работы

с какого числа	ч и с л о включительно)	( должность и фамилия врача	подпись врача	п о д п и с ь председателя ВКК
				Приступить к работе с дд/мм/гг
				Идентификатор организации

### Форма № 080/у "Форма учета амбулаторных посещений"

1. Дата и время посещения
2. Индивидуальный идентификационный номер
3. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
4. Дата рождения
5. Пол

- 6. Возраст
- 7. Национальность
- 8. Житель



города



села

- 9. Адрес проживания
- 10. Причина посещения
- 11. Диагноз
- 12. Вид оказанной услуги
- 13. Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор медицинского работника

**Форма № ТБ 081/у "Журнал регистрации пациентов с подозрением на туберкулез"**

№	Дата обращения	Ф.И.О. (при его наличии)	Возраст	Пол	Дата напр-я на ММ*		Результаты ММ до ДАГ		Результаты ММ после ДАГ	Дата напр-я на Xpert		Результат Xpert	
					До ДАГ	После ДАГ	1	2	1	2			

продолжение таблицы

Дата направления на ФГ/РГ*		Рез-т ФГ/РГ		Назначение антибактериальных препаратов: сроки, название		Диагноз, примечание	Дата установления диагноза ТБ
До ДАГ	После ДАГ	До ДАГ	После ДАГ	Дата начала	Дата окончания		

ФГ/РГ\*\* - флюорография, рентгенография Xpert – Xpert MTB/Rif

**Форма № ТБ 082/у "Карта наблюдения за диспансерным контингентом"**

Индивидуальный код \_\_\_\_\_

- 1. Индивидуальный идентификационный номер
- 1. Тип контингента



ТБ сомнительной активности)

ТБ активный

ТБ неактивный

контактный: ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ;

из МБТ(+) МБТ(-)

нормергия

гиперергическая реакция

побочная реакция на БЦЖ2.

Индивидуальные данные

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Регистрационный №

Дата рождения дата месяц год

Пол

м



ж

Возраст

Национальность .

Житель



города



села

Гражданство.

Адрес фактического проживания область район город улица дом квартира

Место работы

#### 4. Сведения о диспансеризации

Д группа(0; IA; IB; IG; II; IIIA; IIIB)	Дата взятия на ДУ	Диагноз	Дата снятия с ДУ	Причина снятия с ДУ*

\* 1 –Перевод в I группу;

2 - Перевод в II группу;

3 –Перевод в III группу;

4 –Умер от ТБ;

5 –Умер от других причин;

6 –ТБ не подтвердился;

7 –Перевод в другое учреждение;

8 - Отрыв от диспансеризации "неактивные ТБ"-12мес., "активные ТБ"-6мес.,

"0гр."-4мес.; 9 - Диспансерлік бақылаудан алынуу/Снят с диспансерного учета.

Химиофилактика:



да







продолжение таблицы

Туберкулинодиагностика проба Манту		Туберкулинодиагностика АТР		другие	
Дата	Результат	Дата	Результат	Дата	Результат

5. Эта часть заполняется на активных пациентов с бактериовыделением (относится к эпидемиологической группе очага)

Группа очага (1;2;3)	Взят на учет	Снят с учета	Причина снятия****

- \*\*\*\* 1-Перевод во II группу;  
 2- Перевод в другое учреждение;  
 3- Умер от ТБ или других причин;  
 4- Снят с эпидемиологического контроля.

**Форма № 083/у "Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики Казахстан"**

от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Выдана физическому лицу  
 Индивидуальный идентификационный номер  
 Фамилия Имя Отчество (при его наличии)  
 Дата рождения  
 Пол

м

ж  
 Домашний адрес область район город улица дом квартира  
 Телефон

Место работы  
 Заключение врача-психиатра:  
 Фамилия Имя Отчество (при его наличии), подпись и печать врача-психиатра  
 Место печати (организации)

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