



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 января 2024 года № 177. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 января 2024 года № 33929

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:

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

№ 026/у "Заключение врачебно–консультационной комиссии", № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу", № 041/у "Медицинское свидетельство о рождении № ____ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)" изложить в следующей редакции согласно приложению 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 предоставление 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 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 января 2024 года № 177
Приложение 2 к приказу
исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/2020
Форма № 026/у

"Заключение врачебно–консультационной комиссии" № _____ от " _____ " _____ 20 _____
года

Наименование медицинской организации

Выдана физическому лицу _____

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____

Пол _____

Индивидуальный идентификационный номер _____

Адрес фактического проживания, телефон _____

Место работы (учебы) _____

Диагнозы _____

Заключение врачебно–консультационной комиссии _____

Период с _____ по _____ 20 _____ года

Председатель комиссии _____

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

Секретарь _____

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

М.П.

Форма № 031/у

Заключение на медико-социальную экспертизу № ___ от _____ 20__ г.

1. ИИН _____
2. Фамилия _____
3. Имя _____
4. Отчество (при его наличии) _____
5. Дата рождения _____ г.
6. Пол мужской женский
7. Гражданство (справочник стран) _____
8. Житель города села
9. Адрес регистрации по месту постоянного жительства _____
- 9.1. Адрес фактического проживания/ пребывания
(для оказания государственной услуги с выездом) _____
- 9.2. Место освидетельствования (выбрать одно из полей):
в доме ребенка, интернате, специализированных организациях для детей
в медико-социальных учреждениях (организациях) социальной защиты
в учреждениях уголовно-исполнительной системы
на дому
в стационаре
10. Прикрепление к медицинской организации (РПН):
- 10.1. Дата прикрепления _____ 20__ г.
- 10.2. Наименование медицинской организации _____
11. Номер мобильного телефона пациента или его законного представителя
(зарегистрированный в БМГ) +7 (***) (*****)
12. Данные законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) при наличии:
- 12.1. ИИН _____
- 12.2. Фамилия _____
- 12.3. Имя _____
- 12.4. Отчество (при его наличии) _____
13. Наименование, направившей МО (из регистра МО) _____
14. Адрес медицинской организации _____
15. При направлении на переосвидетельствование/досрочное переосвидетельствование:
- 15.1. Группа инвалидности (выбрать одно из полей):
первая группа
вторая группа
третья группа

ребенок с инвалидностью
ребенок с инвалидностью первой группы
ребенок с инвалидностью второй группы
ребенок с инвалидностью третьей группы
инвалидность не установлена

15.2. Степень утраты общей трудоспособности _____ %
(при наличии ранее установленной)

15.3. Степень утраты профессиональной трудоспособности _____ %
(при наличии ранее установленной)

16. Место работы (для работающих лиц) _____

16.1. Должность _____

16.2. Основная профессия _____

17. Место учебы (для школьников, студентов) _____

17.1. Курс/класс _____

18. Дошкольное учреждение _____

19. Под наблюдением медицинской организации _____

(дата) _____

20. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ

20.1. Основной диагноз (код и наименование МКБ-10) _____

20.2. Основной диагноз (текст) _____

20.3. Осложнение (код и наименование МКБ-10) (указать все имеющиеся осложнения):

20.4. Осложнение (текст) (указать все имеющиеся осложнения): _____

20.5. Диагноз сопутствующего заболевания (код и наименование МКБ-10)
(указать все сопутствующие заболевания): _____

20.6. Диагноз сопутствующего заболевания (текст)
(указать все сопутствующие заболевания)

21. Клинико-трудовой анамнез, диагностика, лечебные мероприятия _____

21.1. Анамнез заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в том числе противорецидивное), эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом

статусе, общая оценка результатов лечения) _____

21.2. Состоит ли пациент под наблюдением нет, если да
(указать все диагнозы по динамическому наблюдению)

Диагноз (Код МКБ-10)	Дата взятия на динамическое наблюдение	Группа динамического наблюдения, клиническая группа	Дата снятия с динамического наблюдения
-------------------------	--	---	--

21.3. При наличии травмы:

а) тип травмы (выбрать одно из полей):

бытовая

производственная

уличная (кроме дорожно-транспортной)

дорожно-транспортная

школьная

спортивная

прочие

б) дата получения травмы ____ г.

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

21.4. Лечение, проводимое в настоящее время: _____

с положительной динамикой

без динамики

с отрицательной динамикой.

21.5. Оценка результатов медицинской реабилитации

восстановление нарушенных функций

полное

частичное

компенсация нарушенных функций

полное

частичное

отсутствие положительного результата

21.6. Планируемые мероприятия с указанием

Наименование мероприятия	Периодичность проведения	Длительность проведения
--------------------------	--------------------------	-------------------------

21.7. Реабилитационно-экспертное заключение (для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей)

Критерии МКФ b	Критерии МКФ d
----------------	----------------

код	определитель выраженности	наименование	код	определитель выраженности	наименование
-----	------------------------------	--------------	-----	------------------------------	--------------

21.8. Реабилитационный прогноз

благоприятный

относительно благоприятный

сомнительный

неблагоприятный

21.9. Реабилитационный потенциал

высокий

средний

низкий

отсутствует

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

АД _____ мм. рт. ст.

ЧСС _____ мин.

Пульс _____ мин.

ЧДД _____ мин.

Температура тела _____

Рост _____ см.

Вес _____ кг.

Объем правого бедра _____ см

Объем левого бедра _____ см

Объем талии _____ см

23. Изменение условий труда _____

24. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

№ листа или справки временной нетрудоспособности	с _____ 20__ года	по _____ 20__ года	Число календарных дней	Код по МКБ -10
			нетрудоспособности	
			Всего дней	

25. План реабилитационных мероприятий:

25.1. Имеются рекомендации технических средств, направленных на восстановление и (или) компенсацию нарушенных и утраченных функций организма:

да, необходимо выбрать одно или несколько полей:

снижение зрения 0 – 0,03 и/или поля зрения 0 – 10;

снижение зрения 0,04 – 0,08 и/или поля зрения 10 – 20;

снижение зрения у детей до 0,19 и/или сужение полей до 25;

двухстороннее снижение слуха;

нарушение голосообразования;

значительные нарушения функции передвижения;

затруднения передвижения;

затруднение самообслуживания;
статодинамические нарушения позвоночника;
нарушение структуры и/или функции верхних конечностей;
нарушение структуры и/или функции нижних конечностей;
мастэктомия;
нарушения функции тазовых органов;
кишечная стома;
стомы мочевыводящих путей.

25.2. Предоставление социальных услуг да:

индивидуальный помощник
специалист жестового языка

25.3. Оказание специальных социальных услуг да (выбрать один):

в условиях стационара
в условиях стационарозамещающих
в условиях на дому

25.4. Трудоустройство да:

Организация режима работы (выбрать один или несколько):

полный рабочий день
сокращенный рабочий день
исключение воздействия неблагоприятных производственных факторов
создание специального рабочего места

25.5. Обучение/переобучение да

25.6. Санаторно-курортное лечение да

26. Результаты консультаций 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, клиническими протоколами диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме № 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименование услуги	Дата проведения	Наименование медицинской организации (Исполнитель)
---------------------	-----------------	--

27. Результаты клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническими протоколами диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме № 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименование услуги	Дата проведения	Наименование медицинской организации (Исполнитель)
---------------------	-----------------	--

28. 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:

Номер выписки из истории болезни	Дата поступления	Дата выписки	Наименование медицинской организации (Исполнитель)
----------------------------------	------------------	--------------	--

29. Результаты активного посещения пациента, вызывавшего скорую/ неотложную медицинскую помощь. Медицинские документы прилагаются к форме №031/у в электронном виде, с указанием:

Дата активного посещения	Наименование медицинской организации (Исполнитель)
--------------------------	--

30. Цель направления на МСЭ:

установление инвалидности
 переосвидетельствование
 досрочное переосвидетельствование
 установление степени утраты общей трудоспособности:
 первично
 повторно
 установление степени утраты профессиональной трудоспособности:
 первично
 повторно
 изменение причины инвалидности
 формирование или коррекция ИПР
 необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе

31. Направление на освидетельствование:

заочное проактивное освидетельствование
 очное освидетельствование
 лицо нетранспортабельно – заочное освидетельствование
 лицо находится на стационарном лечении за пределами обслуживаемого региона – заочное освидетельствование
 чрезвычайное положение, ограничительные меры, в том числе карантин – заочное освидетельствование

32. Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача, заполнившего форму № 031/у

33. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК или лица исполняющий его обязанности _____

33.1. Дата подписания ЭЦП ____ 20__ г.

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

35. 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 мер социальной защиты: да

35.1. Дата получения ответа от услугополучателя или его законного представителя: ____ 20__ г.

35.2. Ответ, полученный от услугополучателя или его законного представителя _____

35.3. Номер мобильного телефона отправителя: +7 (***) (*****)

Извещение об экспертном заключении МСЭ от ____ 20__ г. к форме № 031/ у ____ от ____ 20__ г.

1. Наименование направившей медицинской организации (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: _____

8.1. Основной диагноз (наименование, Код МКБ-10) _____

8.2. Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10) _____

9. Экспертное заключение МСЭ:

9.1. группа инвалидности _____

9.1.1. причина инвалидности _____

9.1.2. срок инвалидности _____

9.1.3. срок зачтен с ____ 20__ г.

9.1.4. дата переосвидетельствования ____ 20__ г.

9.2. степень утраты общей трудоспособности _____ %

9.2.1. срок степени утраты общей трудоспособности _____

9.3. степень утраты профессиональной трудоспособности _____ %

9.3.1. причина утраты профессиональной трудоспособности _____

9.3.2. срок утраты профессиональной трудоспособности _____

9.3.3. дата переосвидетельствования утраты профессиональной трудоспособности _____ 20 __ г.

9.4. Разработана ИПР инвалида № _____

9.4.1. Рекомендации по реабилитации _____

а) по социальной реабилитации _____

б) по профессиональной реабилитации _____

9.5. Форма № 031/у отклонена:

необоснованно направленный

некачественное заполнение

Обоснование _____

—

9.6. Направлен на очное освидетельствование: "Пациенту необходимо обратиться в отдел МСЭ по месту постоянного жительства (постоянной регистрации) для очного освидетельствования".

10. № Акта медико-социальной экспертизы _____

11. 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.

Список сокращений:

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)
2	ВКК	Врачебно-консультативная комиссия
3	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
4	ИПР	Индивидуальная программа абилитации и реабилитации
5	МСЭ	Медико-социальная экспертиза
6	МО	Медицинская организация

7	Отдел МСЭ	Отдел медико-социальной экспертизы
8	Отдел МК МСЭ	Отдел методологии и контроля медико-социальной экспертизы
9	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
10	ЭЦП	Электронная цифровая подпись
11	МКФ	Международная классификация функционирования
12	АД	Артериальное давление
13	ЧСС	Частота сердечных сокращений
14	ЧДД	Частота дыхательных движений

Форма № 041/у

**"Медицинское свидетельство о рождении № _____
(выдается для предоставления в регистрирующие органы)"**

Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ г.

1. ИИН матери _____

2. ИИН ребенка _____

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

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

4. Адрес фактического проживания матери _____

5. Дата рождения матери _____

6. Национальность матери _____

7. Семейное положение матери _____

8. Образование матери _____

9. Дата и время родов _____

10. Место родов _____

11. Пол ребенка _____

11-1. Ребенок родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах - 4

11-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3

11-3. Масса ребенка при рождении и рост (см).

11-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

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

Идентификатор организации родовспоможения _____

К сведению родителей:

В соответствии со статьей 189 Кодекса Республики Казахстан "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.

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