Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 ноября 2020 года № 21579

В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) формы медицинской учетной документации организаций службы крови согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) перечень форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) форму карты учета дефектов оказания медицинских услуг согласно приложению 8 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан и структурный элемент приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 9 к настоящему приказу.

3. 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;

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.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Гиният А.Г.

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

Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан *А. Гиният*

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

Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах
Форма № 001/у "Медицинская карта стационарного пациента" №___

Раздел 1. Приемный покой

Общая часть:

1. ИИН _____

2. Ф.И.О. (при его наличии) _____

3. Дата рождения - "____" _____ 20____ г.

4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст _____

6. Национальность _____

7. Гражданство (справочник стран) _____

8. Житель

города

села

9. Адрес проживания _____

10. Место работы/учебы/детского учреждения _____

Должность Образование _____

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса_____

12. Группа инвалидности_____

13. Тип возмещения _____

14. Социальный статус _____

15. Пациент направлен _____

16. Тип госпитализации _____

Код госпитализации _____

Запись врача приемного покоя: _____

Информация о текущей госпитализации:

17. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания _____

18. Диагноз направившей организации _____

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

Первичный осмотр врача приемного покоя при госпитализации:

1. Дата и время осмотра - "____" _____ 20____ г. _____

2. Жалобы _____

3. Анамнез болезни_____

4. Анамнез жизни _____

5. Аллергические реакции (включая непереносимость препаратов)

да

☐
нет.

6. Перенесенные инфекции

☐
нет
☐
да (код наименование)

Туберкулез

☐
да
☐
нет кож-вен.
☐
да
☐
нет Гепатит
☐
да
☐
нет другое Вирусный гепатит
☐
да
☐
нет
Корь, краснуха
☐
да
☐
нет Ветряная оспа
☐
да
☐
нет эпидемический паротит

☐
да
☐
нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными больными не был

7. Объективные данные _____

8. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении _____

9. Диагноз при поступлении _____

10. Предварительный диагноз _____

11. Оценка риска падения _____

12. Оценка боли _____

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) (при необходимости от профиля МО)_____;

11. Физиологические отправления (физиологические отправления сопровождаются, суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря, характер мочи, дизурические расстройства, мочеиспускание, применение мочегонных средств, зависимость от посторонней помощи при

мочеиспускании, суточная регулярность самостоятельного опорожнения кишечника, характер кала, запоры, поносы, дефекация, применение слабительных средств, зависимость от посторонней помощи при дефекации) (при необходимости от профиля МО) _____;

12. Двигательная активность (мышечный тонус, состояние суставов, степень подвижности суставов, риск образования пролежней) (при необходимости от профиля МО) _____.

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

Вкладной лист 2
к медицинской карте
стационарного пациента

Дневник

1. Дата и время осмотра - "____" _____20____ г. _____
2. Объективные данные пациента _____
3. Жалобы _____
4. Динамика состояния пациента _____
5. Лабораторно-диагностические исследования _____
6. Течение послеродового периода (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов) _____
7. Партограмма (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов) _____

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

Вкладной лист 3
к медицинской карте
стационарного пациента

Информированное согласие пациента*

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

ИИН _____.

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

Дата рождения - "____" _____20 ___г.

Находясь в МО (наименование МО)

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

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

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

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

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

Подпись: _____ Дата и время "____" _____ 20 ___г. _____

Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента:

Ф.И.О. (при его наличии) (полностью)

Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

Дата и время – "_____" _____ 20___ г. _____

Примечание:

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

Вкладной лист 4
к медицинской карте
стационарного пациента

Лист врачебных назначений

1. Дата и время – "____" _____ 20 __ г. _____

2. Режим _____

3. Диета _____

4. Наименование услуги, лекарственного средства (с конкретными рекомендациями по времени их назначения и времени их отмены)

5. Дата назначения (по времени) и дата окончания – "___" _____ 20_ г. _____ и "____" _____ 20 ___г. _____

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

Вкладной лист 5
к медицинской карте
стационарного пациента

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

1. Дата и время – "____"_____ 20___ г. _____
2. Объективные данные __ _____
3. Жалобы _____
4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических исследований _____ ___
5. Диагноз _____
6. Лист врачебных назначений _____

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

Вкладной лист 6
к медицинской карте
стационарного пациента

"Предтрансфузионный эпикриз"

Трансфузионный анамнез в истории болезни:

☐ трансфузий ранее не проводилось

☐ трансфузионный анамнез без особенностей

☐ имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие

Акушерский анамнез для женщин:

☐ без особенностей

☐

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

Иммуногематологические особенности:

☐
не выявлены

☐
выявлены вариантные формы антигенов или экстраагглютинины

☐
выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность, если известно)

☐
антиэритроцитарные антитела не исследовались

Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК) ОАК, КЩС от ж/ г. _____

Одна доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин примерно на 10г/л _____

☐
острая анемия, гемоглобин г/л

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

☐

снижение доставки O2 при анемии, Hb г/л, PaO2 мм рт. ст., PvO2мм 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, АТIII _____

Толерантность плазмы к гепарину, ВСК мин _____

Анализ от дд/мм/гг _____

☐ дефицит факторов коагуляционного гемостаза

☐ дефицит плазменных антикоагулянтов

☐ плазмообмен

Расчетная доза (12-20мл/кг) _____

Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов *109/л _____

Анализ от дд/мм/гг _____

☐ геморрагический тромбоципенический синдром

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

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

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

☐ Тромбоцитопатия, геморрагический синдром.

Расчетная доза _____

Показания для альбумина: _____

Гипопротеинемия/гипоальбуминемия г/л, _____

Анализ от дд/мм/гг _____

Ф.И.О. (при его наличии), ID врача, обосновавшего показания к трансфузии

_____

Показания к трансфузии проверены, подтверждаю _____

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

Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови

Дата проведения трансфузии – "____" _____ 20 ___ г.

Время проведения трансфузии: начата дд/мм/гг, окончена дд/мм/гг – начало "____" _____20 __г. окончание "____" _____ 20 ___г.

Группа крови и резус-принадлежность больного _____

Отделение больницы, где проводится трансфузия _____

До трансфузии: _____

АД _____

Ps _____

t0 _____

Трансфузионный анамнез _____

Показания к трансфузии _____

Наименование трансфузионной среды _____

Группа крови и резус-принадлежность донора _____

Номер этикетки трансфузионной среды _____

Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды _____

Дата заготовки трансфузионной среды _____

Проведение проб на совместимость:

- по группе крови _____

- по резус-фактору _____

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

- биологическая проба _____

Перелито_____ (мл) (внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно)

Реакции и/или осложнения после трансфузии _____

Предпринятые меры _____

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

После трансфузии: Ps_____, АД _____, t0 _____ (через 1 час); Ps_____, АД _____, t0 _____ (через 2 часа); Ps_____, АД _____, t0 _____ (через 3 часа). Цвет первой порции мочи _____

Суточный диурез _____

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

Дата, время – "____" _____ 20 ___г. _____

Трансфузионный лист

1. Дата – "____" _____ 20 __г.
2. Наименование трансфузионной среды_____
3. Количество _____

мл

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

Вкладной лист 7
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

1. Дата и время проведения – "____" _____ 20 ___г.
2. Наименование услуги из тарификатора _____
3. Данные описания проведенного исследования _____
4. Заключение _____
5. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 8
к медицинской карте
стационарного пациента

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

1. Дата и время осмотра – "____" _____ 20__г. _____

2. Объективные данные (температура, ЧДД, ИВЛ, SpO2 / FiO2, ЦВД, АД, Оценки боли по ВАШ, Оценка делирия RASS) _____

3. Лист врачебных назначений (с посекундным отражением времени проведения манипуляции)

_____
___

4. Диагноз _____

5. Дневник (статус дополнительных жизнеобеспечивающих приборов, при необходимости,
описание гидробаланса)
_____

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

Вкладной лист 9
к медицинской карте
стационарного пациента

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра – "___" _____ 20 ___ г. _____

2. Вид консультации _____

3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований
_____
__

4. Диагноз _____

5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств _____

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

При необходимости:

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

Вкладной лист 10
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время – "___" _____ 20 ___г. _____

2. Показания к операции/процедуры/афереза _____

3. Клинический диагноз (при проведении сердечно–сосудистых операций описывается
состояние больного перед операцией, подготовка к наркозу, измерение объективных данных
каждые 5 минут, осложнения по ходу наркоза и операции)
_____

4. Анестезиологическое пособие _____

5. Протокол операции включая: _____

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

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

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

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований _____

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

5.6 Количество кровопотери _____

(мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза _____

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза _____

5.9 Рекомендации _____

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

стационарного пациента

История развития новорожденного

Заполняется в родзале:

Дата и время – "____" _____ 20 ___г. _____

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

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

3. Заключительный диагноз новорожденного _____

4. Наследственность со стороны матери/отца _____

5. Информация о новорожденном и родах _____

6. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____

7. Информация о ГВ, пороках развития, родовых травмах, профилактике гонобленореи
_____
__

8. Дата проведения скрининга на наследственную патологию (фенилкетонурия,
врожденный гипотиреоз, аудиологический скрининг)
_____

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

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

Заполняется при переводе новорожденного из родзала в отделение:
_____
__

Дата и время – "____" _____ 20 ___ г.

1. Информация о переводе новорожденного в отделение, № палаты
_____
__

2. Состояние ребенка при переводе из родзала _____

3. Диагноз предварительный _____

4. Принял и провел обработку медицинский брат/медицинская сестра Ф.И.О. (при его наличии),
ID
_____

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

Первый осмотр ребенка в палате (отделении.) новорожденных детей _____

Дата и время – "___" _____ 20 ___г. _____

1. Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус),
кожные покровы, видимые слизистые, пуповинный остаток, форма грудной клетки, когда приложен к груди _____

2. Частота ГВ _____

3. Состояние легких, пульс _____

4. Данные ежедневного общего осмотра новорожденного, изменение состояния новорожденного _____

5. Вакцинации, скрининг на наследственную патологию, аудиологический неонатальный скрининг _____

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

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

Заключение и предварительный диагноз _____

1. Назначения и их обоснование _____

2. Диагноз_____

Заключительная часть: _____

Выписной эпикриз _____

Эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмирование результатов лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, при необходимости реабилитации, дать рекомендации с указанием реабилитационного потенциала, реабилитационного диагноза и шкалы реабилитационного маршрута. По требованию копия выписного эпикриза выдается на руки пациенту.

1. Диагноз клинический_____

Дата установления – "____" _____20 ___ г.

2. Другие виды лечения _____

3. Отметка о выдаче листа о временной нетрудоспособности _____

№ листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности

4. Исход пребывания _____.

Переведен в МО (из регистра МО) _____

5. Трудоспособность _____

6. Дата и время выписки _____

7. Проведено койко-дней _____

8. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

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

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

Заполняется в случае смерти: _____

Умер дд/мм/гг – "____" _____ 20 __г.

Аутопсия проводилась:

☐ да

☐ нет

Патологическое (гистологическое) заключение: _____

Патоморфологический диагноз (основной) _____

осложнения основного заболевания _____

сопутствующий _____

Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID _____

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	ATIII	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

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 больного

☐ 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 пробирок	Количество		Примечание
							крови	сыворотки	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Форма № 005/у "Листок учета движения больных 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		Движение больных за истекшие сутки			
				Состояло больных на начало истекших суток	Поступило больных (без переведенных внутри больницы)			
					из них			
					Всего	Сельских	детей в возрасте	Дети 15-17 лет

						жителей	до 14 лет включительно	включительно
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Всего в том числе по койкам								

продолжение таблицы

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

Ф.И.О. (при его наличии) поступивших	Ф.И.О. (при его наличии) переведенных из других отделений данной больницы	Ф.И.О. (при его наличии) переведенных в другие отделения данной больницы	Ф.И.О. (при его наличии) переведенных		Ф.И.О. (при его наличии) умерших	Примечание
			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 больных и коечного фонда стационара":

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице 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 больных в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении больных по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных 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 приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время, больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, 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 больных 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 больных 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, карантином 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 больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных; числе переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших) и в графе 18 и 19 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в графе 18 предыдущего дня должно быть переписано в графе5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы число больных на начало текущего дня (графа 18) было равно сумме чисел больных, 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 больных 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 больного
7. Группа крови и резус принадлежности больного
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 больного
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/изъятии 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) больного 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/изъятии 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	№ контейнеров	объем костномозговой взвеси в контейнере	общее количество ядросодержащих 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	Размораживание	Куда	Дата	Срок	Расписка

замораживания	Дата	№ контейнеров	Объем костного мозга, подготовленного к трансплантации и количество флаконов	Количество ядросодержащих клеток в млрд.	Жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	Бактериологический контроль	Ф.И.О. врача, проводившего размораживание костного мозга	выдан костный мозг	и время (час., мин.) выдачи	годности	лица, получившего костный мозг
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 _____
20. Госпитализирован:

☐ с лицом по уходу

☐ с кормящей матерью

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

☐ нет

☐ да

название препарата, характер побочного действия

30. Диагноз заключительный клинический

осложнения

Сопутствующее заболевание 1

Сопутствующее заболевание 2

Заполняется в стационарах:

1. Лист оказанных услуг и медикаментов

Лист оказанных услуг

№	Код	Единица измерения	Количество	

Лист использованных медикаментов в клиническом отделении

№	Код	Единица измерения	Количество	

Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов

№	Код	Единица измерения	Количество	

Лист использованных медикаментов по реанимации

№		Код	Единица измерения	Количество	

2. Хирургическая операция

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

	код наименование			код наименование		Хирург Ассистент

Применимо к стационарам, оказывающим помощь наркологическим пациентам:

Вид употребляемого наркотика:

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

Применимо к стационарам, оказывающим помощь онкологическим пациентам:

Локализация опухоли

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Морфологический тип опухоли

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Стадия опухолевого процесса

Стадия по системе TNM

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Локализация отдаленных метастазов*:

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

для первичной опухоли запущенного процесса:.

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

при прогессировании процесса:

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Метод подтверждения диагноза

. указать вариантность

(C81-96 –группа риска)

Характер проведенного лечения за период данной госпитализации:

Объем лечения

Причина неполного лечения

Вид лечения. Лучевое лечение

Дата начала курса лучевого лечения

Способ облучения:

Облучение внешнее

☐
Облучение сочетанное

☐
другие способы облучения

Вид лучевой терапии Методы лучевой терапии:

☐
Непрерывная

☐
Фракционирование

☐
Фракционирование нетрадиционное

☐
Лучевая терапия

Использование радиомодификаторов: .
Суммарная очаговая доза облучения: на опухоль

гр., на метастазы

гр.
Осложнения лучевого лечения: .
Лучевой терапевт ID

Дата начала курса химиотерапевтического лечения

Вид химиотерапии: .

Применимо к стационарам, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь пациентам:

Место родов

Беременность по счету №

Характер родов

Которые по счету роды

Срок беременности на момент прерывания беременности, родов или смерти, недель

Виды аборта: *при хирургическом.

Сведения о новорожденном:

Дата, время рождения	
Ребенок родился	
Пол ребенка	
Доношенный/недоношенный	
Физическое развитие ребенка при рождении	Рост Вес Окружность груди

	Окружность головы
Скрининг на наследственную патологию	
Аудиологический скрининг	Дата, результат
Офтальмологический скрининг	Дата, результат
Вакцинация	БЦЖ ☐ да ☐ нет ІПВ (ОПВ) ☐ да ☐ нет Гепатит ☐

	да ☐ нет
Исход пребывания	
Вид смерти по отношению к родам	
Наименование диагноза	

Новорожденный проходил лечение в роддоме

☐
да
☐
нет

Заключительная часть, заполняется в любых условиях оказания стационарной помощи:

1. Исход пребывания
2. Исход лечения
3. Дата и время выписки (смерти)
4. Проведено койко-дней

Врач: Ф.И.О. (при его наличии), ID.

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

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

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

Вкладной лист 1
к статистической карте
выбывшего из стационара

Карта пациента с острым коронарным синдромом № дата заполнения карты

ОКС:

☐ нет

☐ да

☐

с подъемом ST

☐ без подъема ST

1. ОКС с подъемом ST Локализация:

☐ передний

☐ нижний

☐ латеральный

☐ правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

☐ неопределенная

2. ОКС без подъема ST Локализация:

☐ передний

☐ нижний

☐

латеральный

☐
правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

☐
неопределенная

3. Дата и время проведения первого ЭКГ.

Время индексного события (начала симптомов ишемии) (время) (дд/мм/) /).

Время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/) (время принятого вызова по сигнальной карте)

Время первого контакта с медицинским персоналом) (дд/мм/).

Место, где случилось событие

☐
дома

☐
на работе

☐
в общественном месте

☐
другое

Место прибытия:

☐
приемный покой

☐
ОРиИТ / БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

☐
лаборатория (минуя приемное отделение, ОРиИТ/БИТ/ПИТ)

4. Факторы риска

Артериальная гипертензия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Сахарный диабет

☐
нет

☐
да (диетотерапия, пероральная терапия, инсулинотерапия)

☐
неизвестно

Курение

☐
нет

☐
да (иногда, постоянно)

☐
неизвестно

Алкоголь (наркомания)

☐
нет

☐
да (иногда, постоянно)

☐
неизвестно

Избыточная массса тела

☐
нет

☐
да неизвестно

Низкая физическая активность
☐
нет
☐
да
☐
неизвестно

Дислипидемия
☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Наследственная предрасположенность

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно Случаи внезапной смерти в семье

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Другие

☐
нет

☐
да

☐

неизвестно

5. Предшествующий кардиальный анамнез

Перенесенный инфаркт миокарда

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Фибрилляция предсердий

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Стабильная стенокардия напряжения

☐
нет

☐
да

☐

неизвестно

Нестабильная стенокардия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

АКШ/ТКА

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

ЭКС/ИКД /СРТ (подчеркнуть)

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Болезни клапанов сердца

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Кардиомиопатия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

☐
нет

☐
да (NYNA ФК

☐
I,

☐
II,

☐
III,

☐
IV)

☐
неизвестно

6. Сопутствующая некардиальная патология
ОНМК

☐
нет

☐
(

☐
1 - геморрагический инсульт,

☐
2 - инфаркт мозга,

☐
3-транзиторная ишемическая атака)

☐
неизвестно

Хроническая болезнь почек (ХБП)

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Онкологические заболевания последние 5 лет

☐

нет

☐
да

☐
неизвестно

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии,)

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

ХОБЛ

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Семейный анамнез

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

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

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Одышка

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Остановка сердца

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Синкопе

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Гипотензия

☐
нет

☐

да

☐
неизвестно

Слабость

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Другие симптомы

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Бессимптомное течение

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

8. Физикальные данные (при поступлении)
ЧСС

уд.в мин
АД систолическое

мм.рт.ст. диастолическое

мм.рт.ст.,
среднее АД

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

☐
I,

☐

II ,

☐
III,

☐
IV

☐
неизвестно

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

☐
нет

☐
да

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

☐
нет

☐
да

d - димер

☐
нет

☐
да

BNP/pro BNP

☐
нет

☐
да

Гемоглобин

☐
нет

☐
да

Гематокрит

☐
нет

☐
да

Тромбоцит

☐
нет

☐

да

Глюкоза

☐
нет

☐
да

Липидный спектр

☐
нет

☐
да, ЛПНП

☐
нет

☐
да, ЛПВП

☐
нет

☐
да, ТГ

☐
нет

☐
да)

Креатинин

☐
нет

☐
да

мкмоль/л

Скорость клубочковой фильтрации креатинина_____(автоматический расчет)

Калий

☐
нет

☐
да

Магний

☐
нет

☐
да

Кальций

☐
нет

☐
да

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

☐
нет

☐
да

Ритм

☐
синусовый

☐
фибрилляция предсердий

☐
ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)

☐
др.

☐
неизвестно

QRS

☐

норма

☐
блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)

☐
блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

☐
др.

☐
неизвестно

ST 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)	<3030-3940-4950-5960-6970-7980-89>90	082541587591100
Частота сердечных сокращений (ударов в минуту)	<5050-6970-8990-109110-149150-199>200	03915243846
Систолическое артериальное	<8080-99100-119120-139140-159160-199>200	5853433424100

давление (ммрт.ст.)		
Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л)	0-35.335-7071-105106-140141-176177-353>354	14710132128
Класс сердечной недостаточности(по классификации Killip)	IIIIIIIV	0203959
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/1,73м2)

☐
устойчивая к медикаментозному лечению

☐
ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность

☐
Ранняя постинфарктная стенокардия

☐
недавнее проведение ЧКВ

☐
предшествующее АКШ

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

Критерии низкого риска

☐
нет

☐
да

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

Шкала риска кровотечения CRUSADE

Показатель (предиктор)	Интервал значений	Баллы
Исходный гематокрит (%)	< 3131-33.934-36.937-39.9> 40	97320
*Клиренс креатинина	< 15>15-30>30-60>60-90>90-120>120	3935281770
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	< 7071-8081-9091-100101-110111-120> 121	013681011
Пол	Мужской Женский	08

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	позже 24 часов	

часов)			
Ацетилсалициловая кислота	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Тикагрелор	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Клопидогрел			

	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
* Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
НФГ (гепарин)	☐	☐	☐

	да ☐ нет ☐ неизвестно	да ☐ неизвестно	да ☐ неизвестно
Фонда паринукс	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
ТМГ(эноксапарин)	☐ да	☐ да	☐ да

	☐ нет ☐ неизвестно	☐ неизвестно	☐ неизвестно
*Бивалирудин (только при наличии в анамнезе гепарининдуцированной тромбоцитопении)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
b-блокаторы (метопролол в ампулах)	☐ да ☐	☐ да ☐	☐ да ☐

	нет ☐ неизвестно	неизвестно	неизвестно
b-блокаторы(метопролол-тартрат) короткого действия	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Нитроглицерин (таблетки*ампулы, аэрозоль)	☐ да ☐ нет	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

	☐ неизвестно		
Нитраты короткого действия (мононитраты)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
	☐ да ☐ нет ☐	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

	неизвестно		
ИАПФ короткого действия	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Статины	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах)			

	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Амиодарон	☐	☐	☐

	да ☐ нет ☐ неизвестно	да ☐ неизвестно	да ☐ неизвестно
Другие антиаритмики	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Инсулин	☐ да	☐ да	☐ да

	☐ нет ☐ неизвестно	☐ неизвестно	☐ неизвестно
Сахароснижающие препараты	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты**	☐ да ☐	☐ да ☐	☐ да ☐

	нет ☐ неизвестно	неизвестно	неизвестно
Антагонисты альдостерона (Спиронолактон /*эклеренон	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Диуретики	☐ да ☐ нет	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

	☐ неизвестно		
Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Дигоксин	☐ да ☐ нет ☐	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

	неизвестно		
Кардиоверсия дефибриляция	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Механические устройства поддержки кровообращения	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да Экстракорпоральная мембранная оксигенация ☐ Impella ☐ Внутриаортальная баллонная контрпульсация	☐ да Экстракорпоральная мембранная оксигенация ☐ Impella ☐ Внутриаортальная баллонная контрпульсация

		☐ другие ☐ ☐ неизвестно	☐ другие ☐ неизвестно
гипотермия	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
ИВЛ	☐	☐	☐

	да ☐ нет ☐ неизвестно	да ☐ неизвестно	да ☐ неизвестно

* Непатентованное название препаратов

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

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

Буква	Клиническая характеристика	Баллы
H	Гипертензия	1
A	Нарушение функции почек и (1 балл каждое)	1+1
S	Инфаркт мозга	1
B	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 тромболизисной терапии (дд/мм/) /).
время окончания проведения тромболизисной терапии (дд/мм/).
15. Этап проведения тромболитической терапии

☐
Догоспитальный

☐
Госпитальный

☐

приемный покой

☐
ПИТ/БИТ

☐
др.

☐
неэффективная

☐
эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные аритмии

16. Препарат

а) тип препарата:

☐
фибринспецифичный

☐
нефибринспецифичный

б) наименование препарата:

☐
актилизе
☐
тенектеплаза
☐
ретеплаза
☐
др.

в) доза

☐

полная доза

☐
половинная доза

Наличие осложнений тромболизиса

☐
нет

☐
да

Коронароангиография

☐
Да Дата .

Название код услуги

☐
нет

☐
неизвестно

Сосудистый доступ:

☐
радиальный

☐

бедренный

Нормальная КАГ:

☐
нет

☐
да

Если нет:

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

Многососудистое поражение

☐
0,

☐
1

☐
2,

☐
3 (и более)

☐
неизвестно

Кровоток по TIMI в ИЗА или симптомном сосуде:

☐
0

☐
1

☐
2

☐
3

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

☐
нет

☐
да

общее количество баллов

Выбор консилиума "группа Сердце"

☐
нет
☐
да

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

☐
ОКС с подъемом ST:

☐
Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания

☐
неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса

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

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

☐
без реперфузионного лечения

☐
ОКС без подъема ST:

☐

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

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

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

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

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

	1, ☐ 2, ☐ 3	1, ☐ 2, ☐ 3	1, ☐ 2, ☐ 3	1, ☐ 2, ☐ 3	1, ☐ 2, ☐ 3	1, ☐ 2, ☐ 3

Рестеноз внутри стента

☐
нет

☐
да

Вовлечение бифуркаций

☐
нет

☐
да

Применение тромбоэктомических устройств:

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ

☐
нет

☐
да

☐
тромбоз стенда

☐
периоперационный ИМ

☐
кровотечение

☐
мозговой инсульт

☐
контраст индуцированная нефропатия

☐
пульсирующая гематома в области бедренного доступа

☐
неизвестно

☐
смерть

☐
неизвестно

Успешное ЧКВ:

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Полная реваскуляризация:

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

более 1 процедуры во время стационарного лечения:

☐
нет

☐

да

☐
неизвестно

аорто-коронарное шунтирование
☐
нет

☐
да
☐
неизвестно

название код. код. код операции

☐
нет

☐
Да дата начала АКШ .

☐
экстренно

☐
до 4-6 часов от начала заболевания

☐
до 24 часов

☐
свыше 72 часов

Шунты:

☐
вена

☐
ЛГА

☐
ПГА

☐
др.

осложнения, связанные с операцией:

☐
периоперационный ИМ

☐
неврологический дефицит

☐
кровотечение

☐
нарушение ритма и проводимости сердца

☐
медиастенит

☐

нестабильность грудины

☐
другие

имплантация электрокардиостимулятора

☐
нет

☐
да

☐
экстренная

☐
плановая

название код. код. код операции

☐
временный ЭКС

☐
однокамерные

☐
двухкамерные

☐
постоянный ЭКС

☐
однокамерные

☐
двухкамерные

☐
другое

имплантация Кардиовертела-дефибриллятора

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

☐
экстренная

☐
плановая

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

☐
Нет

☐

да

Название и код операции код. код. Другие операции:

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

☐
экстренная

☐
плановая

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

☐
I
☐
II
☐
III
☐
IV
☐
неизвестно

Рецидив ИМ	

	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
ФП (впервые возникшая)	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
ЖТ	☐

	нет ☐ да ☐ неизвестно
АВ блокада II-III ст.	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
Механические осложнения*	☐ нет

	☐ да ☐ неизвестно
Инсульт	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
Кровотечения	☐ нет ☐

	да ☐ неизвестно
Трансфузия крови	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
Низкий гемоглобин	☐ нет ☐ да

	☐ неизвестно
ОПН (контраст-индуцированная) нефропатия)	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
другие	☐ нет ☐ да ☐

	неизвестно

19. Операции при механических осложнениях ИМ

☐
нет
☐
да дата

название код. код. код операции

20. Исследования при выписке

ЭКГ при выписке:

☐
синусовый

☐
ФП

☐
новый ИМ с подъемом ST

☐
нет изменений

ЭХоКГ при выписке

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

☐
незначительное снижение (41-50%)

☐
умеренное снижение (31-40%)

☐
выраженное снижение (<30%)

☐
не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка

СН класс по Killip при выписке

☐
I

☐
II

☐
III

☐
IV

☐
неизвестно

Стресс тест при выписке:

☐
нет

☐
да

☐

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

☐
стресс ЭхоКГ)

☐
Результат теста отрицательный

☐
Результат теста положительный (стресс-индуцированная ишемия миокарда)

Другие диагностические исследования:

☐
нет

☐
да

☐
при ОКС без подъема низкого риска

☐
МРТ

☐
другое

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

	Диагнозы	код	Тип инфаркта
Заключительный клинический	код. код.	1.	

диагноз			
2.			
Осложнения*	код. код.		
Сопутствующее заболевание 1	код. код.		
Сопутствующее заболевание 2	код. код.		

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

☐
I,

☐
II,

☐
III,

☐
IV

Исходы ОКС:

☐
ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

☐
прерванный ИМ

☐
ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

другие заболевания:

☐
тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)

☐
расслаивающая аневризма аорты

☐
кардиомиопатия такотсубо

☐
Миокардит

☐
другие диагнозы

Вкладной лист 2
к статистической карте
выбывшего из стационара

Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения № дата заполнения карты

☐
ишемический

☐
геморрагический

☐
транзиторная ишемическая атака

состоит ли пациент на Д учете

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

антикогаулянтную терапию

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

антиагрегантную терапию

☐
нет

☐

да

☐
неизвестно

статины

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Подтип ишемического инсульта:

☐
атеротромботический

☐
артерио-артериальные эмболии

☐
тромбозы мозговых сосудов

☐
кардиоэмболический

☐
гемодинамический

☐
лакунарный

☐
по типу гемореологической микроокклюзии

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

☐
дома

☐
на работе

☐
в общественном месте

☐
др.

Факторы риска Артериальная гипертензия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Сахарный диабет

☐

нет

☐
да

☐
неизвестно

Заболевания крови

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Стенозирующие изменения магистральных сосудов

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Курение

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Алкоголь

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Избыточная массса тела

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Дислипидемия

☐
нет

☐

да

☐
неизвестно

Наследственная предрасположенность

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Случаи внезапной смерти в семье

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Гормональная заместительная терапия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Беременность

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Контрацептивы

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Другие Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез Предшествующий диагноз инсульта

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно)

Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Перенесенный инфаркт миокарда

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Ишемическая болезнь сердца

☐
нет

☐
да

☐

неизвестно

АКШ/ТКА

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

АКШ/ЧКВ

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

ЭКС/ИКД

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Болезни клапанов сердца

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Кардиомиопатия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

☐
нет

☐
да (NYNA ФК

☐
I,

☐

II,

☐
III,

☐
IV)

☐
неизвестно

Фибрилляция предсердий

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Мерцательная аритмия

☐
нет

☐
да

☐
неизвестно

Уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, Балл:

☐
от 15 баллов – сознание ясное

☐
от 13 до 14 - оглушение умеренное

☐
от 10 до 12 - оглушение глубокое

☐
от 8 до 9 – сопор

☐
от 6 до 7-кома умеренная

☐
от 4 до 5 - кома глубокая

☐
от 3 - кома терминальная

Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS:

☐
дефицит минимальный

☐

дефицит средний

☐
дефицит тяжелый

☐
дефицит крайне тяжелый

Указать балл по шкале NIHSS

Шкала Рэнкина

☐
11 степень- отсутствие признаков инвалидности

☐
2 степень- наличие легких признаков инвалидности

☐
3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности

☐
4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности

☐
5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности

Может выпить глоток воды без затруднений:

☐

нет

☐
да

Проведена ли Компьютерная Томография? (КТ):

☐
нет

☐
да; дата .

а) инфаркт в текущий момент:

☐
нет

☐
да

б) кровоизлияние в текущий момент:

☐
нет

☐
да, уточните характер кровоизлияния:

☐
субарахноидально

☐
паренхиматозное

☐
ствол мозга

☐
вентрикулярное

☐
субтенториальное

Проведена ли КТА?:

☐
нет

☐
да

Аневризма

☐
нет

☐
да

АВМ

☐
нет

☐
да

Стеноз сосудов

☐
нет

☐
да

Окклюзию сосуда)

☐
нет

☐
да

Проведена ли МРТ?

☐
нет

☐
да Дата .

инфаркт

☐
нет

☐
да

кровоизлияние

☐
нет

☐

да

аневризма

☐
нет

☐
да

АВМ

☐
нет

☐
да

стеноз сосуда

☐
нет

☐
да

тромбоз сосуда

☐
нет

☐
да

Медикаментозная терапия
тромболитическая терапия

☐
нет

☐
да

Гипотензивная терапия

☐
нет

☐
да

Антиагрегантная терапия

☐
нет

☐
да

Антикоагулянтная терапия

☐
нет

☐
да

Статины

☐
нет

☐
да

Есть ли карта индивидуальной программы реабилитации?

☐
нет

☐
да

Консульттации каких специалистов МДК были проведены?

☐
невролог

☐
нейрохирург

☐
реабилитолог

☐
логопед

☐
эрготерапевт

☐
психиатр

☐
иглорефлексотерапевт

☐
кинезиотерапевт

Какие базовые мероприятия были проведены в индивидуальной программе реабилитации пациента?

☐
позиционирование

☐
поэтапная вертикализация

☐
ЛФК индивидуально

Проводились ли занятия при нарушении речи с логопедом?

☐
только диагностика

☐
занятия по восстановлению речи, чтения, письма

Проводились ли занятия при двигательных нарушениях?

☐
занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания

☐
индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей

☐
биоуправление/БОС,

☐
физиотерапия

Определение реабилитационного потенциала

☐
благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

☐
неблагоприятный (уход на дому)

Тесты по оценке состояния перед реабилитацией:
а) индекс Бартеля указать балл

☐
нет

☐
да заключение

☐
от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного

☐
от 25 до 65 — выраженной зависимости

☐

от 65 до 90 — умеренной зависимости

☐
от 91 до 99 — легкой зависимости

☐
100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

б) Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) 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 (может использовать вспомогательные приспособления)

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

☐
нет

☐
да заключение

указать балл

☐
1 степень- отсутствие признаков инвалидности

☐
2 степень- наличие легких признаков инвалидности

☐
3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

☐
4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

☐
5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Была ли проведена системная тромболитическая терапия?

☐
нет, причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

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

☐
доза

Наличие осложнений после тромболизиса

☐
нет
☐
да, указать какие

Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса
Балл по шкале NIHSS

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

Проводилась ли механическая тромбэкстракция?

☐
нет

☐
да

дата и время начала терапии.

☐
дата и время начала терапии.

Название нейрохирургической операции
Код операции

☐

нет

☐
да дата (дд/мм/) .

☐
до 6 часов от начала заболевания

☐
до 24 часов

☐
свыше 72 часов

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

☐
0-3- дефицит минимальный
☐
4-10: дефицит средний
☐
10-21: дефицит тяжелый
☐
>21: дефицит крайне тяжелый

б) индекс Бартеля указать балл

☐
нет
☐
да заключение
☐
от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного
☐
от 25 до 65 — выраженной зависимости
☐
от 65 до 90 — умеренной зависимости
☐
от 91 до 99 — легкой зависимости
☐
100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

☐
нет

☐
да заключение

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

☐

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

☐
11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления).

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл

☐
нет

☐
да заключение

текста.

☐
1 степень- отсутствие признаков инвалидности

☐
2 степень- наличие легких признаков инвалидности

☐
3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

☐
4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

☐

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Находился в нейрореанимации (ПИТ/БИТ):

☐
нет,
☐
да количество дней

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 больными (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 больного туберкулезом №___"

Дата регистрации Дата госпитализации

I. Информация о больном:

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 больного

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.
Профилакт. 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 в случае 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 больного 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 больного туберкулезом категории IV" №____

Дата регистрации

Дата госпитализации

I. Информация о больном:

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 больного:
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 в случае 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 больного 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
10	МИС	Медицинская информационная система
11	ТЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность

Форма № ТБ 016/у "Форма учета регистрации больных туберкулезом"

1. Дата регистрации
2. Индивидуальный идентификационный номер
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения

5. Пол
6. Адрес проживания
7. Организация (в интенсивной фазе/в поддерживающей фазе)
8. Типы больных
9. Категория лечения
10. Дата начала лечения
11. Мониторинг лечения
12. Метод диагностики
13. Мероприятия по ВИЧ/СПИД
14. Исход пребывания

Форма № ТБ 017/у "Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV"

левая часть

_____ область _____ район

Рег.№	Дата регистрации	Ф.И.О. (при его наличии)	ИИН	Пол	Дата рождения	Адрес фактического проживания	Медорганизация в интенсивной фазе

продолжение таблицы

Рег.№ в ТБ 03 (дата рег-ии)	Локализация (Л/ВЛ)	Тип	Получал ПВР	Подтвержден МЛУ ТБ	Подозрение на МЛУ ТБ	Подтвержден ШЛУ ТБ	Подозрение на ШЛУ ТБ	Схема лечения / Дата начала лечения

ПВР - препараты второго ряда; ПТР - препараты третьего ряда;

Метод диагностики			Дата взятия материала на ТЛЧ	Результат ТЛЧ**, по которому пациент регистрирован в категорию IV. Если ТЛЧ в ожидании, то результат должен быть внесен позже. См. карту лечения для полной истории результатов ТЛЧ. **Уст – устойчив, Ч – чувствителен П – проpост (результат/дата)												
Л-Й	Бактек	Молекулярный		H	R	E	S	Z	Cm	Km	Am	Cs	Pto/ Eto	PAS	Ofx	Lfx

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-Xper

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: H – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

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

АРТ – антиретровирусная терапия, ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

Форма № ТБ 018/у "Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов"

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 Количество				Всего приход с остатком
			По разнарядке	№ накладной	Из других учреждений, ведомств	№ накладной	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
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

☐

регинональная

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: PET 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	Скоррегированный креатинин		
Кровь 2-х часовая					
Диализат	Креатинин	Глюкоза	Скоррегированный 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=**Скоррегированный креатинин**
кровь 2х часовая
Креатинин*_____(-)
Глюкоза=(_____) х ФК = _____
Скоррегированный креатинин=_____

Диализат
0 часовойКреатинин*_____(-)
Глюкоза=(_____) х ФК = _____
Скоррегированный креатинин=_____
2хчасовой Креатинин*_____ (-)
Глюкоза=(_____) х ТФ/ФК =
_____
Скоррегированный креатинин=_____
4хчасовой Креатинин*_____ (-)
Глюкоза=(_____) х ФК = _____
Скоррегированный креатинин=_____
4хчасовой Креатинин*_____(-)
Глюкоза=(_____) х ФК = _____
Скоррегированный креатинин=_____

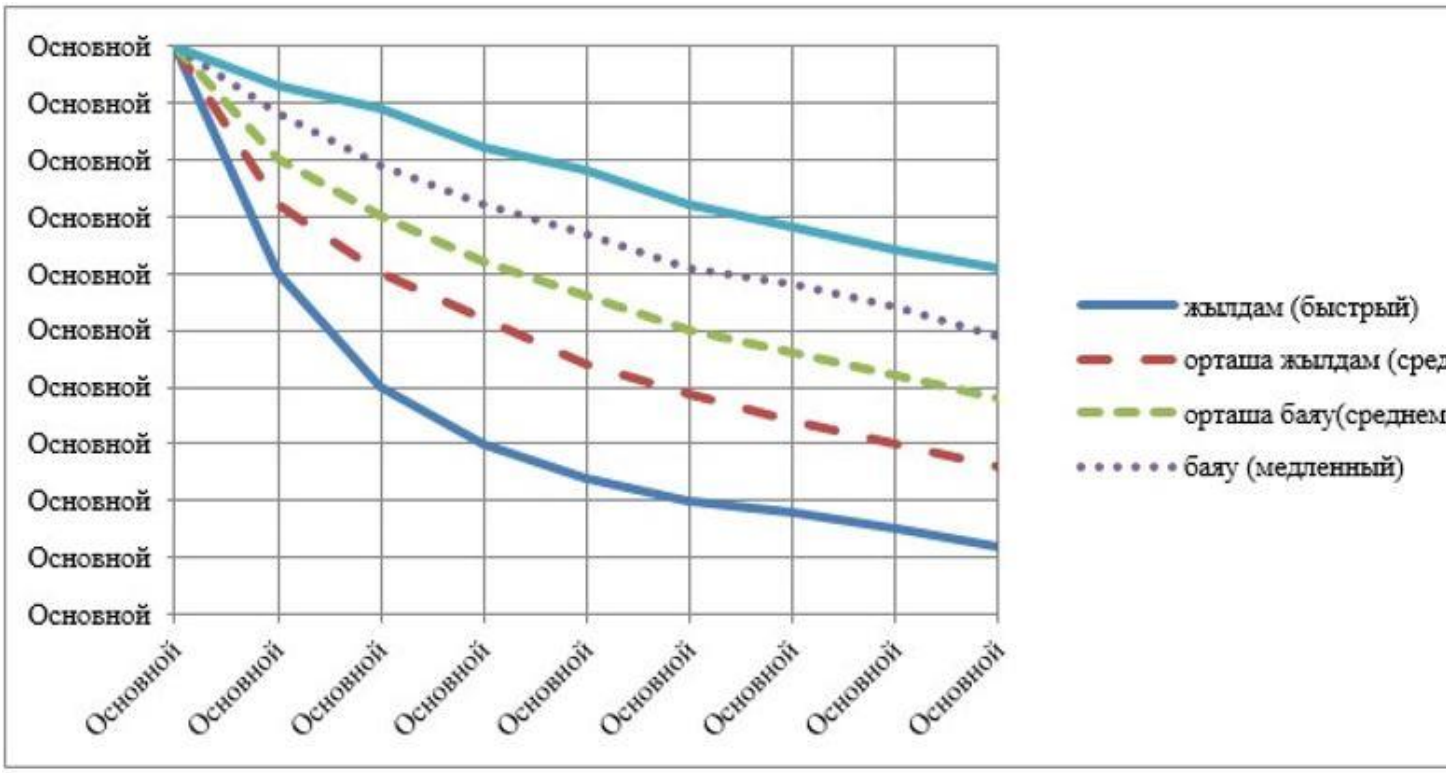
D/P Dialysate/Plasma Ratios
D/Pна 0 часов
Скоррегированный креатинин диализата, 0часов_
Скоррегированный креатинин крови
D/P на 2 часа
Скоррегированный креатинин диализата2часов_
Скоррегированный креатинин крови
D/P на 4 часа
Скоррегированный креатинин диализата, 4часов_
Скоррегированный креатинин крови
D/D$_0$
Глюкоза 2хчасов = _____
Глюкоза 0 часов
Глюкоза 4хчасов = _____
Глюкоза 0 часов

Креатинин* - измеренный креатинин

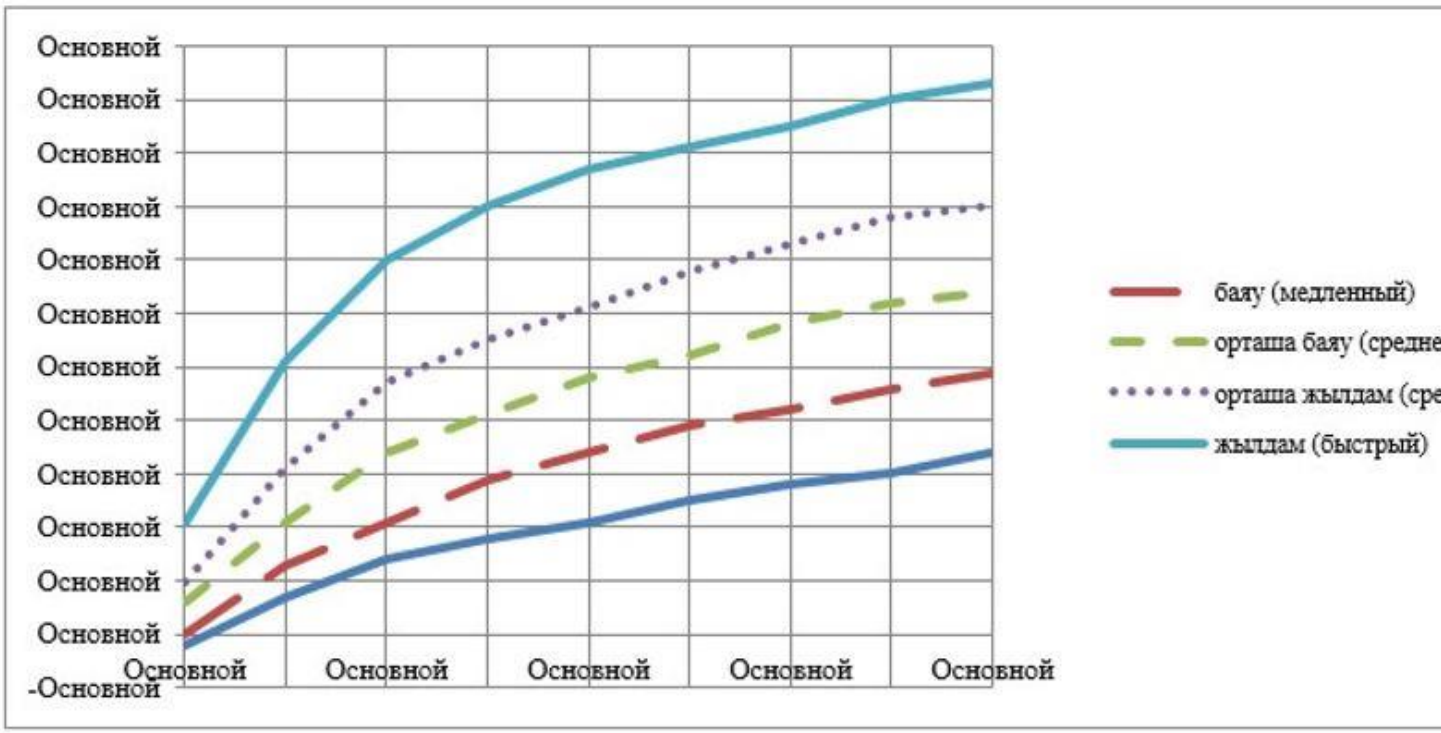
Фактор конвертации: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л х 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Мочевина: мг/дл=ммоль/л х 2,82

D/D0 Глюкоза



D/P скоррегированный креатинин



Транспортная категория	4х часовой D/P креатинина	4х 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

24х-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

mg/min Cr Generation Rate

mg/min
Normalized CrCl

L/week/1.73m2
Дата проведения
Заключение:
Ф.И.О. (при его наличии) врача ID

Дата			1	2	3	4	5	6	7	8	9
количество мешков Дианил за сутки	1,36%	5,0 л									
	2,27%	5,0 л									
	3,86%	5,0 л									
количество мешков Физионил за сутки	1,36%	2,0 л									
	2,27%	2,0 л									
Экстранил		2,0 л									
Нутринил		2,0 л									
Количество циклов АПД											
Общее время АПД											
Общий объем залива											
Время экспозиции АПД(1 цикл)											
Объем разового залива на АПД											
Объем разового дневного залива											

Объем начального дренирования											
УФ на АПД											
Общая УФ (АПД+дневной залив)											
"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 часовой 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, милилитры
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, мililитры
24	Vol out ml	Вылито, мililитры
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 отделений, направивших заявки 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. врача, направившего пациента	Ф.И.О. пациента (при его наличии)	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 больной 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 необходимости)

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

Место печати

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

Место для фото	№_____" (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:

* - в случае пребывания с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по п.п. 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
первичны	заключительны	выдавшего лист о	закончившего лист	с	по какое		

й	й	временной нетрудоспособности	о временной нетрудоспособности	какого числа	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 № 31/у "Заключение на медико-социальную экспертизу" №____

1. ИИН / № паспорта (для иностранцев)
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Дата рождения
4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Гражданство
6. Житель

☐

города

☐

села

7. Адрес проживания

Номер мобильного телефона

8. Наименование направившей МО (из регистра МО)

9. Кем направлен Ф.И.О. (при его наличии) ID

Должность направившего

10. Дата направления

11. Группа инвалидности

12. Степень утраты общей трудоспособности

13. Степень утраты профессиональной трудоспособности

14. Место работы/учебы/детского учреждения

15. Основная профессия

16. Должность

17. Под наблюдением лечебной организации

18. Клинико-трудовой анамнез

Диагностика, лечебные мероприятия

При наличии травмы:

а) тип травмы б) дата получения травмы в) место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно)

Результаты проведенных реабилитационных мероприятий

Изменение условий труда

19. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев) наименование код

20. План реабилитационных мероприятий

21. Состояние пациента при направлении на МСЭ

данные объективного обследования терапевта данные объективного обследования невролога данные объективного обследования хирурга данные объективного обследования других специалистов данные дополнительных исследований

22. Лабораторные исследования

23. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ

основное диагноз сопутствующие диагноз осложнения

24. Основание направления на МСЭ

25. Освидетельствование

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

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)

Номер мобильного телефона

26. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК
27. QR код

Извещение об экспертном заключении МСЭ

1. Наименование МО (направившей) (из регистра МО)
2. Дата направления извещения
3. ИИН
4. Ф.И.О. (при его наличии)
5. Дата рождения
6. Пол

мужчина

женщина

7. Группа инвалидности
8. Степень утраты общей трудоспособности
9. Степень утраты профессиональной трудоспособности
10. Адрес регистрации
11. Житель

города

□

села

12. Место работы/учебы/детского учреждения, должность

13. Клинико-экспертный диагноз:

основной диагноз наименование код сопутствующий диагноз наименование код

14. Экспертное заключение МСЭ:

14.1 группа инвалидности

причина инвалидности срок инвалидности дата переосвидетельствования

14.2 степень утраты общей трудоспособности, срок

14.3 степень утраты профессиональной трудоспособности причина инвалидности срок инвалидности дата переосвидетельствования

15. Разработана ИПР инвалида №

16. Рекомендации по реабилитации

a) по медицинской реабилитации

b) по социальной реабилитации

c) по профессиональной реабилитации

17. № Акта медико-социальной экспертизы

18. Удостоверено ЭЦП начальника отдела МСЭ/МК МСЭ

Ф.И.О. (при его наличии)

Примечание. Заключение на МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП председателя ВКК.

Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП начальником отдела МСЭ/МК МСЭ.

Заключению на МСЭ присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

Список сокращений формы № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	ВКК	Врачебно-консультационная комиссия
3	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
4	ИПР	Индивидуальная программа 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 МСЭ
9	РК	Республика Казахстан
10	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
11	ЭЦП	Электронная цифровая подпись

Форма № 032/у "Журнал регистрации и реабилитации инвалидов"

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

Продолжение таблицы

Клинический диагноз	Тип освидетельствования первичное (1) повторное (2)	Группа инвалидности /Ребенок-инвалид (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 инвалидов
9	10	11	12	13	14

Форма № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР) пациента/инвалида"

1. Индивидуальный идентификационный номер
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
3. Дата рождения
4. Адрес, домашний телефон
5. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужное подчеркнуть)
6. Категория инвалидности (при наличии)
7. Реабилитационный диагноз
8. Шифр по Международной классификации болезней 10 пересмотра (далее – МКБ-10)
9. Этап и объем медицинской реабилитации:

9.1 этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) второй этап – "Реабилитация

II А", "Реабилитация II Б", третий этап – "Амбулаторная реабилитация II", дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и детей), повторная (для детей)

9.2 этап - для реабилитации больных других профилей второй этап (стационарный), третий этап (амбулаторный)

10. Образование

11. Профессия (специальность)

12. Реабилитационно-экспертное заключение:

12.1 для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный)

12.2 реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие реабилитационного потенциала;

12.3 для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей

12.4 реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	Профили	До реабилитации	После реабилитации	Оценка результатов
1.	Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травмотология, ортопедия			

13. Мероприятия по медицинской реабилитации*

р/с	Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации	Сроки медицинской реабилитации		Отметка об исполнении (+ ,-)	Обоснование причины не выполнения
		Дата, длительность, организация проведения медицинской реабилитации (указать)			
1.	Физическая реабилитация Физиотерапия Психокоррекция Эрготерапия Консультация социального работника Обучение пациента				
2.	Реконструктивная хирургия				

3.	Дополнительные услуги (вписать)			

Примечание: * – заполняет профильный специалист мультидисциплинарной команды

14. Рекомендации по медико-социальной реабилитации*

Мероприятия, услуги, технические средства	Сроки проведения (месяц и год реализации)	Конкретные виды, в которых нуждается пациент
Протезирование и ортезирование		
Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
Санаторное лечение (указать профиль)		
Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
Другие		

Примечание: * – заполняет профильный специалист/медицинский реабилитолог мультидисциплинарной команды

15. Оценка результатов медицинской реабилитации:

15.1 восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата) на основании полученных результатов

Дата

Удостоверено электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) руководителем МДК Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Удостоверено ЭЦП председателя ВКК/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

16. Оценка результатов реализации медицинской части ИПР (подчеркнуть):

восстановление нарушенных функций (полное или частичное),

компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата)

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде. Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

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:

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 онкозаболевании:

1. Обстоятельства выявления опухоли
2. Стадия опухолевого процесса
3. Диагноз
4. Метод подтверждения диагноза

Заполняется при трансплантации реципиента органа (части органа):

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

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, паразитарное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное 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, оцарапанья, ослюнения 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	Форма № 036/у "СПРАВКА о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией №_____"

№_____ Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства 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)	Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства Диагноз 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

Контрольный талон к справке №_____ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номе 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	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)" 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 больными (нет, да, какими) нужное подчеркнуть, вписать освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации с дд/мм/гг по дд/мм/гг Идентификатор медицинской организации Идентификатор врача поликлиники

Контрольный талон к справке №_____ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Место службы, работы Диагноз заболевания (прочие причины освобождения) Освобожден) с дд/мм/гг по дд/мм/гг Освобождение продлено: с дд/мм/гг по дд/мм/гг Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку Примечание: Контрольные талоны служат для учета выданных справок.	Форма № 038/у "Справка №_____ о временной нетрудоспособности" 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 больным родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное подчеркнуть) Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Адрес проживания Место службы, работы Профессия, должность Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)) Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими) (подчеркнуть, вписать) Освобождение от работы

с какого числа	по какое число (включительно)	должность и фамилия врача	подпись врача	подпись председателя ВКК

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 случая 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 от 3 июля 2014 года 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)

3. Адрес (место постоянного жительства матери)

4. Дата рождения матери

5. Национальность матери

6. Семейное положение матери

7. Образование матери

8. Дата и время родов

9. Место родов

10. Пол ребенка

10-1. Ребенок родился: при одноплодных родах

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

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

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

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

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

(среднего медицинского работника)

Идентификатор медицинской Идентификатор медицинской организации или физического лица, работника _____занимающегося частной медицинской практикой

К сведению родителей

В соответствии со ст. 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" от 26 декабря 2011 года регистрация ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано 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) СПЭК: Председатель, члены, докладчик	№ акта	Диагноз	Заключение (на каком языке)	Рекомендованные медицинские меры	Куда направлено лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе	Дата выписки из стационара	Общий срок проведения экспертизы (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

a) основной:	
b) сопутствующий:	
c) 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 больных 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)
Патолого-анатомический или судебно- медицинский диагноз/код по МКБ-10	совпадение клинического и патолого-анатомического судебно-медицинского диагнозов	Расхождение клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов	Ятрогения	

	I категория	II категория	III категория	I категория	II категория	III категория	Клинический диагноз	Гистологическое заключение
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 – непредотвратима.

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

критерии живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное сокращение мускулатуры)

6. Место последнего жительства умершего

7. Место смерти

8. Смерть последовала: (в стационаре, дома, в другом месте, в случае смерти от травм, отравлений и других воздействий внешних причин: на месте происшествия, при транспортировке)

9. Национальность

10. Семейное положение

11. Образование

12. Место работы и должность

13. Причина смерти

14. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления)

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы

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

9. Причина смерти	Код МКБ-10						Дата (болезни)		
							начало		окончание
1) а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти									
б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины)									
в) основная причина смерти указывается последней									
г) внешние причины при травмах и отравлениях									

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

В случае смерти женщины:

10. Дата последней беременности

11. Исход последней беременности

12. Наименование медицинской организации, выдавшей свидетельство

13. Фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

14. Фамилия, имя, отчество, лица, получившего свидетельство

15. Причина смерти установлена: Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор

17. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	окончание

1) а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти								
б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины								
в) основная причина смерти указывается последней								
г) внешние причины при травмах и отравлениях								

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

18. В случае 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 - ☐ умер на 1-й неделе жизни ☐

Место для шифра	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
1	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): _____
2	_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 _____

3	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа _____ (сведения заполнены на основании записей в свидетельстве о браке, со слов матери – нужное подчеркнуть)
4	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.№ _____
	11. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.
5	12.1. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) _____ _____ 12.2. Должность или выполняемая работа _____
	13. Какая по счету беременность_____
6	14 Какие по счету роды _____ 15. Предшествующие беременности закончились: рождением живого ребенка _____1, мертворождением _____2, самопроизвольным выкидышем _____3, искусственным абортом _____ 4 (указать сколько)
	16. Дата последней менструации _____ Продолжительность настоящей беременности _____ недель
	17. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 (подчеркнуть)
7	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. 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.
	20. Заболевания и осложнения до наступления настоящей беременности: не было - 1, были – 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) _____
8	21. Заболевания и осложнения в течение настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) _____
	22. Осложнение родов: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное осложнение указать первым) _____
9	23. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были – 2 (указать какие) _____
	24. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, др. многоплодных родах – 4.
	25. Масса ребенка (плода) при рождении_____гр.
10	26. Рост ребенка (плода) _____ см. 27. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переношенным – 3. 27-1. Критерии живорождения: дыхание - 1,сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4. 28. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3. 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

11	смерти не установлен – 4. 31 Причина перинатальной смерти:
12.1	а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)_____
12.2	б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)_____
13	в) первоначальная заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)_____
14	г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)_____ _____
15	д) другие сопутствовавшие состояния _____
16	32. Причина смерти (мертворождения) 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.
17	33. а) Свидетельство выдано, наименование медицинской организации:_____ б) Фамилия, имя, отчество, должность и подпись медицинского работника, выдавшего свидетельство_____ _____

18

печать_____подпись	Руководитель медицинской организации_____фамилия

19

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_____

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

----------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 абортом - 4, в том числе по мед. показаниям - 5

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:

рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортом - 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, переношенным – 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

32. Медицинские факторы риска настоящей беременности

Анемия	01
Болезни системы кровообращения	02
Болезни органов дыхания	03
Инфекционные и паразитарные болезни матери	04
Гипертензия кардиоваскулярная	05
Гипертензия почечная	06
Вызванная беременностью гипертензия	07
Сахарный диабет	08
Болезни почек	09
Гидрамнион (многоводие)	10
Олигогидрамнион	11
Эклампсия	12
Кровотечение в ранние сроки беременности	13
Инфекция мочеполовых путей	14
Недостаточность питания при беременности	15
Генитальный герпес	16
Недостаточность плаценты	17
Rh-сенсибилизация	18
Крупный плод	19
Гипотрофия плода	20
Другие (указать)	21
Не было	00

33. Прочие факторы риска во время беременности:

35. Акушерские процедуры

Амниоцентез	01
Мониторинг плода	02
Стимуляция плода	03
Ультрасонография	04
Другие (указать)	05
Не производили	00

36. Осложнения периода новорожденности:

Анемия	01
Фатальный алкогольный синдром	02
Синдром мекониевой пробки	03
Легочная вентиляция до 30 мин	04
Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Другие (указать)	06
Нет осложнений	00

37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)

Анэнцефалия	01
Спинно-мозговая грыжа	02
Энцефалоцеле	03
Гидроцефалия	04
Расщелина неба	05
Тотальная расщелина губы	06
Атрезия пищевода	07

Курение	01
Употребление алкоголя	02

34. Осложнения родов:

Гипертермия во время родов	01
Предлежание плаценты	02
Преждевременная отслойка плаценты	03
Стремительные роды	04
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	05
Кровотечение во время родов	06
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	07
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	08
Другие (указать)	09
Не было	00

Атрезия ануса	08
Эписпадия	09
Редукционные пороки конечностей	10
Омфалоцеле	11
Синдром Дауна	12
Другие (указать)	13
Не было	00

38Социальные факторы Мать взята под наблюдение:

В первой половине беременности	01
Во второй половине беременности	02

Причины:

- оплата за мед. услуги	02.1
- отсутствие работы	02.2
- отсутствие прописки	02.3
- по незнанию	02.4
- по другим причинам	02.5
Не наблюдалась у врача	03

39. Методы родоразрешения:

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

40. Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)_____	Код МКБ-10 / Дата (болезни) начало/окончание

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)_____ _____	
в) первоначальное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)_____ _____	
г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)_____	

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача (среднего медицинского работника),
выдавшего свидетельство о смерти: _____ З
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 больными 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. 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:

Установление инфекционной патологии или высокого инфекционного риска	Сыпь на кожных покровах	☐ нет	☐ да
	Повышение температуры тела	☐ нет	☐ да
	Отделяемое из носа	☐ нет	☐ да
	Кашель	☐	☐

		нет	да
	Боль в горле	☐ нет	☐ да
	Рвота	☐ нет	☐ да
	Жидкий стул	☐ нет	☐ да
	Метеоризм	☐ нет	☐ да
	Уретральный катетер	☐ нет	☐ да

	Зондовое питание	☐ нет	☐ да
	Калостома	☐ нет	☐ да
	Пролежни	☐ нет	☐ да
	Трахеостома	☐ нет	☐ да
Наличие дисфагии		☐ нет	☐ да
Наличие за последние 6 месяцев (вписать в строку)	Судороги		

		☐ нет	☐ да
	Травмы	☐ нет	☐ да
	Операции	☐ нет	☐ да
Принимает противосудорожные препараты		☐ нет	☐ да
Особенности поведения, слабый зрительный контакт, стереотипии		☐ нет	☐ да
Аллергологический анамнез (если да, написать на что, побочное действие)		☐	☐

	нет	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 от 7 июля 2020 года "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 "Правила поведения пациента туберкулезом", возникновения побочных реакций, применения мер принудительной изоляции в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима).

3) Мною представлена вся необходимая информацию 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 необходимости:

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

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

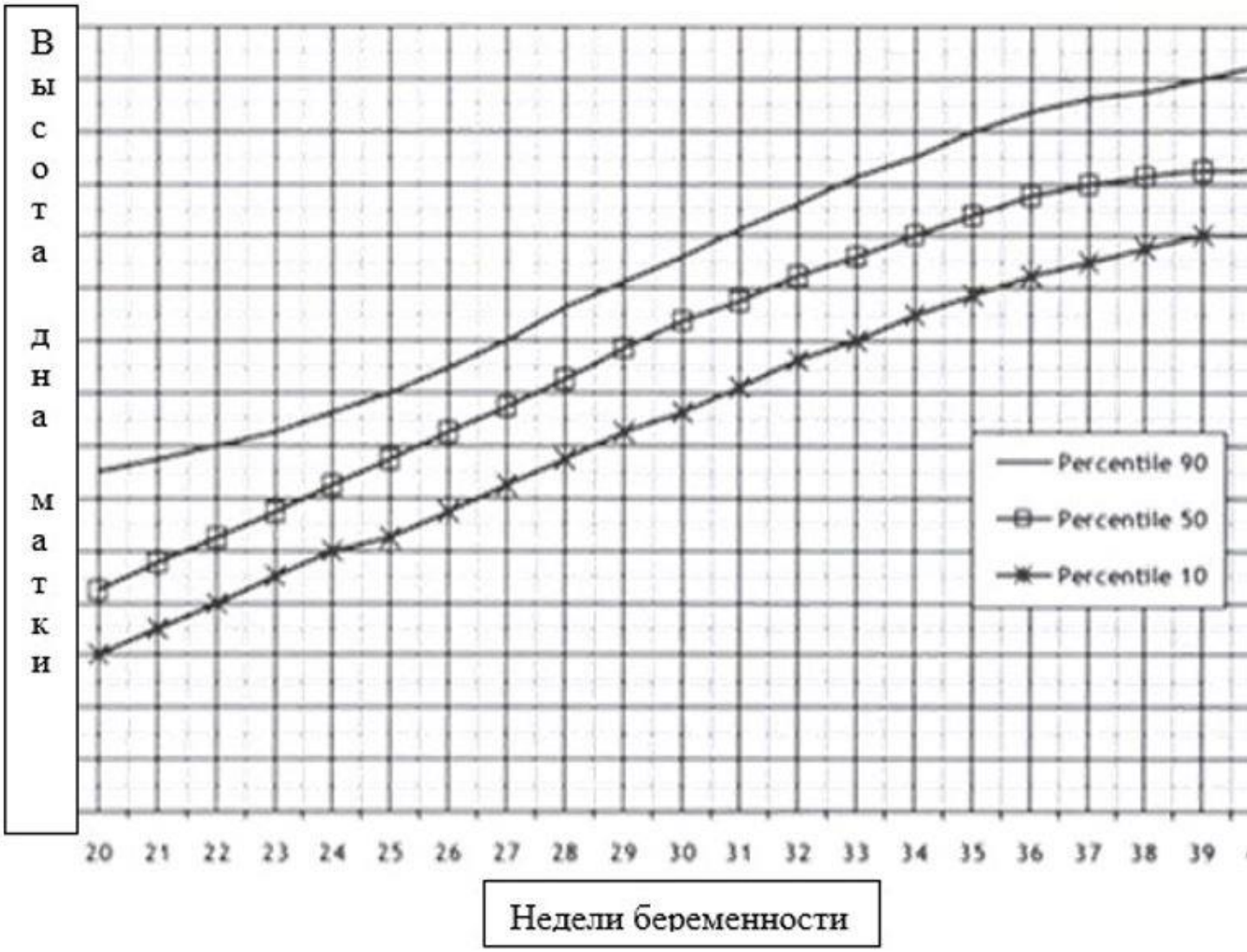
№	Фактор риска	да	нет
1.	Возраст до 18 лет		
2.	Возраст старше 35 лет		
3.	ИМТ менее 18		
4.	ИМТ – 30 и более		
5.	Интервал менее 2 лет после предыдущих родов		
6.	Интервал менее 6 месяцев после аборта или выкидыша		
7.	Высокий паритет родов (4 и более)		

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



Результаты обследования

1. Общий анализ крови

Дата									
Гемоглобин									
Эритроциты									
Цветной показатель									

Тромбоциты									
СОЭ									
Лейкоциты									
Палочкоядерные									
Сегментоядерные									
Эозинофилы									
Базофилы									
Лимфоциты									
Моноциты									

2. Общий анализ мочи

Дата											
Удельный вес											
Эпителий плоский											
Лейкоциты											
Эритроциты											
Цилиндры											
Сахар											
Белок											
Бактерии											
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
АнамнезРодилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве)
Наследственность не отягощена (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							
Клинический осмотр	До 12	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	До 42 дней после родов
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	xa							
- 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				
- PAPP	x							
- АФП/ХГЧ с 16 до 20 недель если не проведен PAPP		x						
Генетическое обследование								
- консультация генетика	x							
- биопсия хориона до 12 недель	x							
-амниоцентез (по показаниям)								
Консультации, назначения 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	x	x	x	x	x	x	x	

преэклампсии и женщинам с низким потреблением кальция)								
- аспирин (группе риска по преэклампсии)	x	x	x	x	x	x	x	
- питание, физические упражнения	x	x	x	x	x	x	x	
- антенатальный визит, желательно 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

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

b 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	
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

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 (в случае перевода)
Состояние ребенка при рождении
в родильном доме
при выписке
Особые замечания
20 год

Отпуск по беременности с 20 годапо 20 года
Лист о временной нетрудоспособности №
Роды 20 года (в срок, раньше, позже) на (дней)
Роды произошли в
Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родахна 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	Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (Ф.И.О. (при его 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

			Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Домашний адрес, телефон	Место работы должность	Дата, время аварийной ситуации	Обстоятельства, что сделано	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Данные о предполагаемом источнике заражения и	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 назначение)	Примечания
	При	Через 1 мес.	Через 3 мес.			

его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	аварийной ситуации					
11	12	13	14	15	16	17

Вкладной лист к журналу
регистрации аварийных ситуации
при проведении медицинских манипуляций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

Ф.И.О. (при его наличии): ИИН:		Адрес (рабочий): 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: Материал содержал: ВГВ ВГС ВИЧ: Если пациент ВИЧ-инфицирован: Стадия заболевания: Вирусная нагрузка: Сведения об АРТ: Резистентность к АРТ: Проведено до тестовое консультирование:	Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту: Инфицирован: ВГВ ВГС: ВИЧ: Сопутствующие заболевания: 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 _____ и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для обследования и лечения.

Дата _____

Ф.И.О. (при его наличии)

Подпись_____

Список сокращений формы № 049/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	АРТ	Антиретровирусная терапия
3	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
4	ВГВ	Вирус гепатита В
5	ВГС	Вирус гепатита С
6	ПКП	Пост-контактная профилактика
7	МО	Медицинская организация
8	СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
9	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Форма № 050/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет"

1. Регистрационный № карты _____РМН												

2. Фамилия* _____ имя _____ отчество (при его наличии) _____

3. ИИН _____

4. Пол		мужской		женский		не определен**

7. Национальность***_____

6. Состояние при рождении):		живорожденный		мертворожденный		до начала родов		во время родов

7. Дата рождения ___ число ___ месяц _____ год_____ время (час, минуты) _____

7.1 Место рождения:

	в стационаре****		в другом месте		дома	

8. Переведен		в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детского стационара		в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации
	в другой стационар			

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

10. Выписан:		на участок по месту жительства

11. Дата выписки (смерти) ____ дата _____ месяц _____ год _____ время (час, минуты)

12. Житель:		город		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:		состоит в браке		не состоит в браке		вдова
	разведена		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:			☐	в стационаре	☐	на дому	☐	в доме ребенка
☐	в родильном доме	☐	в другом месте				

25. В случае смерти в родильном отделении:				умер до суток пребывания в родильном отделении
в стационаре:		умер до суток пребывания в стационаре		

26. Смерть ребенка (мертворождение) произошла от:		заболевания		несчастного случая		убийства

	не установлено					

27. В случае 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	Патологоанатомический диагноз	код МКБ-10
Состояние здоровья матери			
d)			
e)			

29. Предотвратимость смерти*******:		нет		да		условно предотвратима

	Наименование медицинской организации	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, в случае 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;

**** - в случае рождения 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;

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

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

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

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

e) другие сопутствующие состояния;

******* - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае, если смерть была предотвратима или условно предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано 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:		города		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:

☐	в стационаре (1,2,3,4***),	☐	на дому	☐	в другом месте

17. Срок беременности _____ полных недель

18. Смерть наступила в период:	☐	беременности	☐	в процессе родов/аборта	☐	послеродовой/послеабортный
19. Количество прожитых дней в случае смерти в ☐ послеродовой) период:					в течение 42 дней после родов	

аборта		от 43 до 365 дней после родов		

20. Которая по счету беременность _____.

21. Которые по счету роды _____.

22. Смерть наступила:		в стационаре		на дому		в другом месте

23. Смерть наступила в результате:		аборт		внематочная беременность
	заболевания, связанные с беременностью		заболевания, не связанные с беременностью	

23.1. В случае 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**:		нет		да		условно предотвратима

	Наименование медицинской организации	Предотвратимость смерти	
		да	Условно предотвратима

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:

a) 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;

b) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины;

c) основная причина смерти;

d) прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, в части была ли умершая направлена в другую организацию, в случае если да, сколько времени в часах составило время в пути следования до направленной медицинской организации, получала ли умершая какую-либо медицинскую помощь или акушерское/хирургическое вмешательство до наступления смерти, в случае если да, то указать процедуру или вмешательство.

**- предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано 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
Исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/2020

Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно - поликлинических организациях

Форма № 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента" № ____

Общая часть.

Паспортные данные

1. ИИН
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Дата рождения дата месяц год
4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст
6. Национальность
7. Житель

☐

города

села

8. Гражданство

9. Адрес проживания

10. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса

12. Тип возмещения

13. Социальный статус

14. Повод обращения

Минимальные медицинские данные:

1. Группа крови. резус-фактор.

2. Аллергические реакции. код наименование

3. Физиологическое состояние пациента (беременность)

4. Дата проведения и результат скрининга на наследственную патологию новорожденных (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, аудиологический скрининг)

5. Вредные привычки и риски для здоровья (при наличии)

6. Профилактические мероприятия, в том числе профилактические прививки

7. История болезней и нарушений

8. Список текущих проблем со здоровьем

9. Динамическое наблюдение

10. Группа инвалидности

11. Список принимаемых в настоящее время лекарственных средств

12. Антропометрические данные

13. Оценка риска падения

14. Оценка боли

15. Коммуникационный менеджмент (язык общения, жилищно-бытовые условия)

16. Инструктаж пациента.

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

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

Индивидуальный план работы с семьей в организациях ПМСП

Организация:	№ Участка	Ф.И.О. (при его наличии) социального работника,

	Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника, направляющей информацию и данные о ребенке и семьеID. Ф.И.О.(ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)		работающего с семьейID. Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)
из регистра МО			
Дата начала реализации Плана:	Дата завершения реализации Плана:	Адрес проживания семьи:	
Личные данные ребенка (детей):			
Имя ребенка	Фамилия ребенка	Дата рождения (или ожидаемая дата рождения)	Пол

			☐ мужской	☐ женский

Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи):

Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)	Кем приходится ребенку	Контактные данные:
1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)		
2		
3		

Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб, вовлеченные в процесс планирования развития семьи:

Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)	Организация	Контактные данные:
1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)	из регистра МО	
2		

3			

Вкладной лист 1 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

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

Задачи осмотра новорожденного:

1. удостовериться в нормальной адаптации после рождения
2. проверить на наличие опасных симптомов
3. оценить рост и развитие
4. проверить, нет ли врожденных пороков развития

Дата осмотра

Возраст: .

Температура

При рождении:

Вес: кг

Рост см

ИМТ

Окружность головы

см

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности.

Анамнез.

Отягощенный анамнез:

да

нет

Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса);

Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки

Осмотр лица: (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____

Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")

Видимые врожденные пороки

Костная система _____

форма головы _____швы _____

большой родничок _____

малый родничок_____

оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы

Органы дыхания: _____

Частота дыхания (ЧД) _____ (в норме 30 - 60/мин)

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Пальпация бедренного пульса_____ (в норме симметрично с двух сторон)

Органы пищеварения: живот _____Печень_____ Селезенка _____

Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Пуповина_____

(пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

Определите, есть ли проблемы кормления, проблемы питания:

• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

☐

да

☐

нет

• Ребенок кормится грудью?

☐

да

☐

нет

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

• Вы кормите грудью ночью?

☐

да

☐

нет

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

☐

да

☐

нет

• Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

Пользуетесь при кормлении: .

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

Оцените кормление грудью:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:

- Подбородок касается груди

☐

да

☐

нет
- Рот широко раскрыт

☐

да

☐

нет
- Нижняя губа вывернута наружу

☐

да

☐

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

☐

да

☐

нет

.

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? .

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)

☐

да

☐

нет

Оцените уход в целях развития:

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы развития

Проверьте прививочный статус младенца:

Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня:

☐

Гепатит В 1- 0

☐

БЦЖ_____

Визит для следующей прививки

ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С)

Гигиена ребенка

Проблемы ухода

Оценка здоровья матери:

1. Осмотр молочных желез:

Проблемы

2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):

1. глубокая тревожность и беспокойство	8. утомляемость и недостаток энергии
2. глубокая печаль	9. неспособность к сосредоточению внимания
3. частые слезы	10. нарушение сна
4. ощущение неспособности заботиться о ребенке	11. проблемы с аппетитом
5. чувство вины	12. потеря интереса к сексу
6. приступы паники	13. ощущение беспомощности и безнадежности
7. стресс и раздражительность	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	- Стимуляция психосоциального развития
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания	- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)	- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение
- Оптимальное питание матери.	- родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Личная гигиена матери	- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным	- Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.
- Безопасная среда (требования к выбору	- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей

одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая) - Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки). - Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО) - Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания). - Другие рекомендации - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).	для профилактики травматизма и несчастного случая - Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания

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

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

Вкладной лист 2 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Оценка развития ребенка на приеме врачом и среднего медицинского работника*

До года ведется ежемесячно, после года до согласно Стандарта организации оказания педиатрической помощи

Дата осмотра

Возраст:

Температура

Вес г.

Рост см.

ИМТ

Окружность головы

см
Оцените физическое развитие, используя графики:
Жалобы матери:
Осмотр ребенка:
Кожа: Пуповина

Слизистые ротовой полости

Зев

Конъюнктивы

Большой родничок

Органы дыхания:

Частота дыхания

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)

Сердечный ритм;

Сердечные шумы;

Органы пищеварения: живот

печень

селезенка

Мочеиспускание; Стул

Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

да

☐

нет

• Ребенок кормится грудью?

☐

да

☐

нет

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

• Вы кормите грудью ночью?

☐

да

☐

нет

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

☐

да

☐

нет

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

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

Если младенцу больше 6 месяцев:

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

7. Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

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

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

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

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

☐

Гепатит В 1- 0

☐

БЦЖ

☐

АКДС 1+hib 1

☐

Гепатит В 2

☐

ОПВ-1

☐

АКДС 2+ hib 2

☐

Гепатит В 3

☐

ОПВ-2

☐

АКДС 3+ hib 3

☐

ОПВ-3

☐

ОПВ-0

☐

Корь + краснуха + паротит

☐

АКДС ревакцинация

☐

HIB ревакцинация

Визит для следующей прививки

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время про-гулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза ____ длительность

Психомоторное развитие:

До=

Др=
Ра=
Рп=
Н=
Э=
Оценка ухода в целях развития
Как Вы играете с ребенком?
Как Вы общаетесь с ребенком?
Не отстает
Отстает на _____эпикризный срок
Проблемы ухода для развития
Оценка ухода:
1. Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику
2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям
3. Знает ли мать признаки опасности: .
Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком:
физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность

☐

да

☐

нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи
- Возможная глухота или проблемы со зрением
- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

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

- Плохой аппетит.

Проблемы

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

Оценка питания и здоровья матери:

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

Проблемы

Заключение:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.

- Оптимальное питание матери.

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

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

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

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

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

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

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

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

Вкладной лист 3 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра

2. Вид консультации

3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

4. Диагноз код наименование.

5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

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

При необходимости:

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

Вкладной лист 4 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время

2. Показания к операции/процедуры/афереза

3. Клинический Диагноз

4. Анестезиологическое пособие

5. Протокол операции включая, как минимум:

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

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

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

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

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

5.6 Количество кровопотери (мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза

5.9 Рекомендации

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

Вкладной лист 5 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Динамическое (диспансерное) наблюдение пациента

1. Дата и время осмотра
2. Диагноз, согласно которого пациент подлежит динамическому (диспансерному) наблюдению код наименование.;
3. Период действия плана наблюдения по диагнозу:

Дата начала Дата окончания

4. План наблюдения:

Услуга (из тарификатора) Планируемая дата проведения Дата выполнения

5. Рекомендации

Вкладной лист 6 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Лист профилактических мероприятий

1. Дата и время осмотра
2. Услуга*. (из тарификатора);
3. Осмотр специалиста, Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор ID Ф.И.О. (при его наличии);
4. Проведенные диагностические исследования;
5. Проведенные инструментальные исследования;
6. Вакцинация:

Наименование заболевания, против которого применена вакцина (МКБ10)

Страна производитель (Справочник стран)

Номер партии

Номер серии

Название препарата вакцины, анатоксина и прочие.

Способ применения: .

Дозировка

ед.изм.

Дата и время прививки

Побочная реакция или нежелательное явление

Классификатор побочной / нежелательной реакции

Вкладной лист 7 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

1. Дата и время проведения
2. Наименование услуги из тарификатора.
3. Данные описания проведенного исследования
4. Заключение
5. Идентификатор и Ф.И.О. (при его наличии) медицинского работника

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

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.

15. Вид травмы.

16. Кем направлен.

17. Приемы/консультации

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

18. Процедуры и манипуляции, лаборатория, диагностические исследования

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

19. Заключительный диагноз

20. Диспансеризация

21. Проведены исследования на выявление туберкулеза

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

23. Исход обращения.

24. из них направлены.

25.. Случай поликлинического обращения (СПО).

26. 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. В случаях выявления 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, эпигастральной 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 холестерин. 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	Всего (постоянных+молочных)	
				из них первичные 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)	Парадонтоз	Заболевания слизистой	Тістер жұлынуыУдалено зубов	Экстренные операцииИмплантация(число имп-ов)	Плановые операциив т.ч.операции нтр

Катаральный	Гипертрофический	Язвенный	Легкая	Средняя	Тяжелая			Всего	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 лет включительно
		городскихжителей		сельскихжителей			
		всего	в том числе детей до 14 лет включительно	всего	в том числе детей до 14 лет включительно		
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Объем выполненной работы							
Внутриротовые несъемные аппараты		Внутриротовые съемные аппараты		Аппараты сочетанного действия	Протезы		
Механического действия	Функционального действия	Механического действия	Функционального действия		Несъемные	Съемные	в том числе ортопедические
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 сагиттальными аномалиями прикуса	с трансверзальными аномалиями	с вертикальными аномалиями прикуса	

				прикуса		
17	18	19	20	21	22	23

Вкладной лист к сводной ведомости
ежедневного учета работы
врача-стоматолога

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ

учета работы врача-стоматолога-ортопеда

Числа месяца	Число посещений		Искусственные коронки (одиночные на зубах)									
	Всего	в т.ч. иногородние	Всего	в том числе								
				металлические	штампованные	литые	пластмассовыекоронки и зубы		виниры	керамические		
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	коронок циркон	Цельно керамические	Всего мостовидных протезов	литых зубов			литых зубов	зубов м/к	Цельно-керамич
11	12	13	14	15	16			17	18	19
					метал	м/к	ц/к			

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

Форма № 058/у "Медицинская карта стоматологического больного (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/И/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 отделением

Вкладной лист к медицинской карте
стоматологического больного

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 КП КПУ.				
19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ				
20. Стоматическая группа здоровья.				
21. 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, оцарапания, 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. Местожительство 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"

_____

наименование организации

Область (край) _____елді мекен

(населенный пункт) _____

аудан (район)_____

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Место жительства (подробный адрес)	Место работы (учебы)	Название заболевания	Сроки явки	
							назначено явиться (дата)	явился (дата)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

Оборот ф. № 061/у

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Место жительства (подробный адрес)	Место работы (учебы)	Название заболевания	Сроки явки	
							назначено явиться (дата)	явился (дата)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

20___ года "___" _____ Районный военный комиссар _____

Примечание: учетная форма может быть использована и для списка неявившихся для систематического лечения путем замены слова "направляемых" на "неявившихся" и в этих случаях слова "районный военный комиссар" заменяется словами "главный врач".

Форма № 062/у "Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социально-психологических услуг"

№ п/п	Фамилия Имя Отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата	Адрес	Личностно-социальный статус пациента	Информация о семье	Социальный диагноз/Заключение психолога	Выявленные проблемы при посещении на дому	Оценка социального работника/психолога	План действий социального работника/психолога	Название услуги: подготовка волонтеров (1) название темы/тренинга (2) протезирование (3) получено средств передвижения (4) помещено в дома ребенка (5)	Примечание
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

12. 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			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация					
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

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	

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*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

Дата снятия с учета) _____

Подпись_____

Причина _____

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

В случае выезда 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 больному 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 больного. 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) больного (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

_____

_____

_____

_____

Подпись ординатора _____

Подпись главного врача _____

Дата _____

Блок для взрослых (18 лет и старше)

1. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического исследований (даты)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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 больными 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)

5. Школьники должны иметь характеристику из школы и дневник (при направлении их в осенне-зимне-весенний период)

6. Дети должны быть обеспечены одеждой и обувью по сезону, а также спортивной одеждой и предметами личной гигиены

Примечание:

В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство 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 больными _____

_____

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 может быть направлен 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

Заключение противопоказания

Заключение врача-офтальмолога Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение врача-оториноларинголога Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение врача-психиатра Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение

1. к управлению троллейбусами и трамваями. 2. к управлению автомобилями без ограничения максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров "A", "B", "C", "D", "BE", "CE", "DE", подкатегорий "A1, B1, C1, D1, C1E и D1E", а также трамваями и троллейбусами 3. к управлению индивидуальным автомобилем категории "B" без права работы по найму к управлению автомобилем с ручным управлением. 4. к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "A"). 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 может дублироваться на бумажный носитель (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. Гемотрансфузия

☐

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

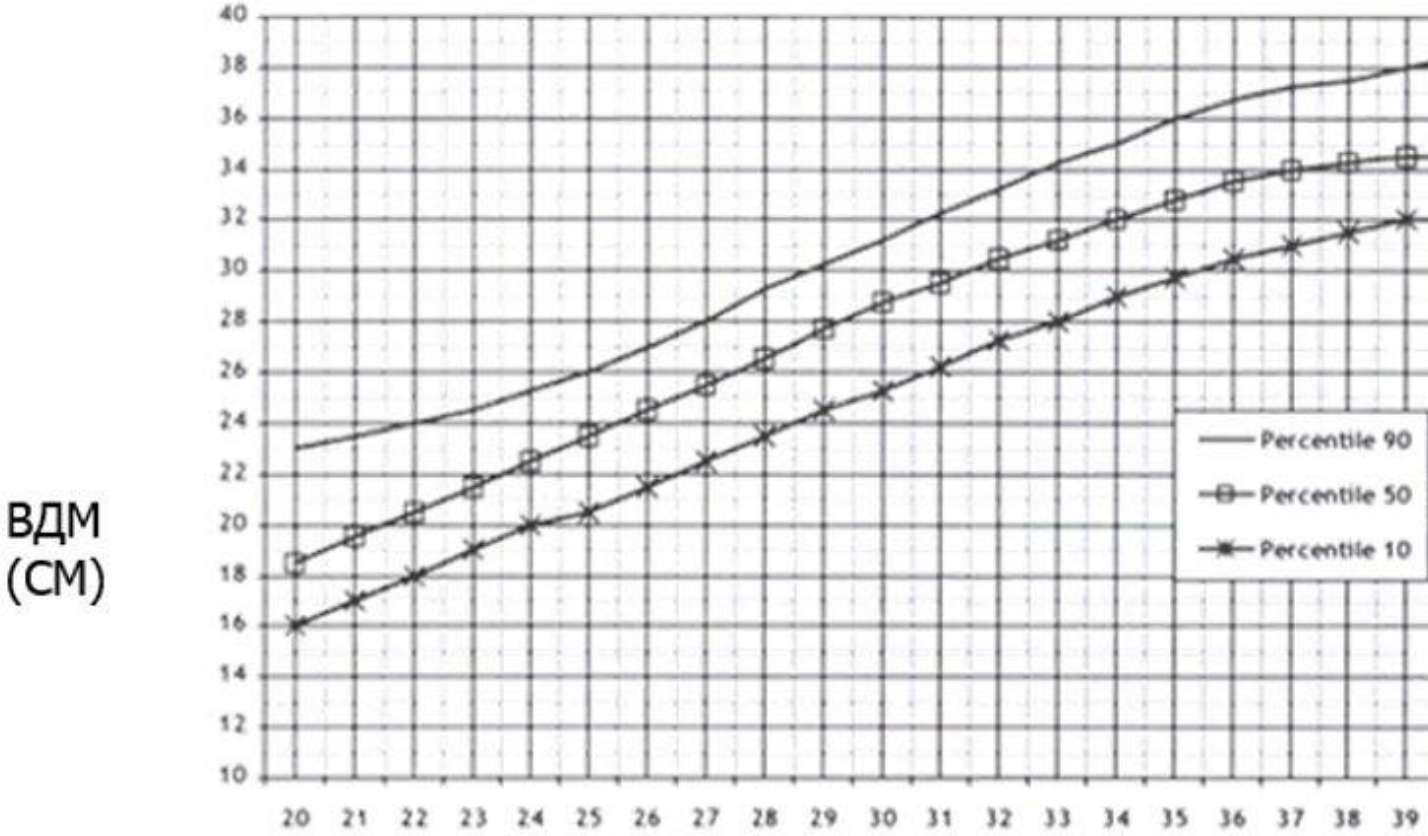
5. Кожные покровы
6. Отеки
7. Живот
8. Матка

☐

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 необходимости)
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 необходимости:

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

Вкладной лист 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

Rp.

Международное непатентованное наименование

D.T.D.

D.S.

Рецепт действителен до

Телефон

Контрольный талон к справке №_____ о временном освобождении от работы по уходу за больным 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	Форма № 079/у "Справка №_____ о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком" Дата выдачи Выдана гражданину(ке) в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за больным 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	число (включительно)	должность и фамилия врача	подпись врача	подпись 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 больных 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 наXpert	результатXpert	
					До ДАГ	После ДАГ	1	2	1	2		

продолжение таблицы

Дата направления на ФГ/РГ*		Рез-тФГ/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 номе

1.Тип контигента

☐

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; IГ; II; IIIA; IIIБ)	Дата взятия на ДУ	Диагноз	Дата снятия с ДУ	Причина снятияс 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 алынуы/Снят с диспансерного учета.
Химиопрофилактика:

☐

да

☐

нет

☐

H (Изониазид) H и E (Изониазид и Этамбутол)
Если да:
Дата начала _____/_____/_____

Дата окончания_____/_____/_____
Дата начала _____/_____/_____
Дата окончания_____/_____/_____
Дата начала _____/_____/_____
Дата окончания_____/_____/_____
Курс лечения: 60 дней 90 дней 180 дней

Продолжение таблицы

Оздоровление:

☐

санаторная группа

☐

санаторный детский сад

☐

санаторная школа-интернат

☐

ТБ санаторий
Дата начала _____/_____/_____ Дата окончания_____/_____/_____
Хирургическое лечение:
код наименование
3. Результаты исследований

Бактериологические методы исследования								Лучевые методы		
МГ		ММ		Посев		ТЛЧ		Метод	Дата	Результат
Дата	Результат	Дата	Результат	Дата	Результат	Дата	Результат			

продолжение таблицы

Туберкулинодиагностика проба Манту		Туберкулинодиагностика АТР		другие	
Дата	Результат	Дата	Результат	Дата	Результат

5. Эта часть заполняется на активных больных 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)

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

Формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций

Форма № 084/у "Журнал учета ВИЧ -инфицированных"

№	Ф.И.О. (при его наличии)	Адрес	Дата рождения	Гражданство	Пол	Место работы	Место выявления	№ ИБ	Дата ИБ	Код	Источник инфекции (№ ИБ, дата, Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Путь передачи	Примечание (умер, выбыл с "Д" учета)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

Форма № 085/у "Карта вызова бригады скорой медицинской помощи"

ИИН	Пол	Дата обслуживания	Дата	Месяц	Год
Фамилия	Повод вызова				
Имя	Повтор	Состав выездной бригады №			
		врач (фельдшер I)			
Отчество (при его наличии)	Результат	фельдшер II (медсестра)			
Возраст Лет месяцев дней	Диагноз 1	Парамедик			

Домашний адрес	Осложнения,дополнения	Актив для бригады скорой мед. пом.	№	время
Место работы	Сопутств. диагнозы	Актив для участкового врача	тел.	принял
Отказ от осмотра, оказания помощи, госпитализации	Вид травматизма		тел.	принял

Я пациент (родитель, опекун)_____отказываюсь от осмотра, помощи, госпитализации. Сотрудниками бригады скорой помощи я предупрежден о возможных осложнениях и последствиях своего отказа.	Алкоголь	Дополнительная информация по вызову
	Доезд	Доставлен и передан
Сигнальный лист участковому врачу получила(а) _____ФИО пациента (родителя, опекуна)		

		В учреждение	время	ФИО специалиста принявшего больного	роспись

	Освобождение бригад	Экспертная оценка

		Этап экспертизы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Эксперт
	Километраж (км)	Старший врач										
		Зав. отделением										
		Зам. главного врачаЭксперт службы										

		внутреннего контроля (аудита)										

Жалобы:_____

Анамнез настоящего заболевания: _____

Анамнез жизни: _____

Общее состояние	3 4 5 6	желтушные цианоз (акроцианоз) гиперемия сухие влажные чистые сыпь гипостаза		везикулярное пуэрильное жесткое ослаблено П Л бронхорея	5	Перкуторный звук: Ясный легочный Притупленная (или тупой) Тимпанический Коробочный		обложен налетом	2	Менструальный цикл: без нарушенийнарушения	Результаты лечения:

1 2 3	Удовлетворительное средней тяжести тяжелое агональное биологическая смерть							2	Живот: мягкий безболезн, болезн., напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет)			

						6	Сухожильн. рефлексы: нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Нотсутствует					Улучшение без изменений ухудшение
											Периферические отеки:	

						3	Хрипы: нет сухие влажные	7	Двигательн. сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н			1 2 3	отсутствует пастозность Отечность	

	Сознание	Сер.-сосудист. система					3	Симптомы:Щеткина-Бл. + -Ровзинга + -Ситковского + -Ортнера + -																				

1234							ясное оглушенность 1,2 сопоркома 1,2,3 отсутствует												1		Тоны сердца: ясные, приглушенные, глухие									

		4	Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная																		Акушерский статус Высота Дно Матки: __ см. Живот: овоидной округлой др. Тонус матки: Норма схватки☐ Положение плода: продольное косое;☐ поперечное Предлежащая часть__									
		2	Шумы: нет систолическ, диастолическ.				8	Болевая чувствительн. снижен П Л В Н									4		Печень: в нормеувеличена, см плотная болезненна		Селезенка в норме увеличена см плотная болезненна								

		3					Пульс Удов. качест.ритмичный аритмичный напряжен слабого наполнения отсутствует										Невролог. статус:										ЧДД		

Поведение			1														Без патологии		9		Афазия: моторная, сенсорная, тотальная								

			2	Менингеальн. симпт. Ригидность п. п. Кернига (+-) Брудзинский (+-)																					tº C			

1 2	спокоен возбужден вялый, заторможен								1 0	с. Бабинского П Лс. Оппенгейма П Лс. натяж. периф.нервов				Пульс	

							Мочеполовая система	Ч С С		

							1	Мочеотделение: Нормальное Дизурия			

Зрачки							Зев:			АДправ		
	нормальное реакция на свет живая ослабленная отсутствует) анизокория D S	Дыхательная система		3	Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм гориз., верт.		1 2 3 4	спокойный гиперемияотечность Миндалины: увелич, рыхлые, пробки бездері		ССПО - + (П Л)		

		1	Экскурсия груд.кл: нормаль. снижена П. Л.патолог. дыхание отсутствует								Сатурация кислорода			

			4	ЧМН: птоз П ЛНосогубн. скл. сглаж. нарушения глотания отклон. языка П Л опущение угла рта						Сахар крови	ммоль/л	ммоль/л		

Кожные покровы: 1 физиологические 2 бледные	2	Дыхание аускульт.:			Пищеварительная сист:					

					1	Язык: чистый, влажный-сухой				

Status localis	Лечебные мероприятия	Расход

Диагноз скорой помощи	Инструментальные методы диагностики:	Рекомендации	

Карту заполнил: Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор врача (фельдшера)

Форма № 086/у "Сигнальный лист участковому врачу"

Указать МО (из регистра МО):

1. Дата и время заполнения
2. Индивидуальный идентификационный номер/ номер паспорта пациента
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента 4. Дата рождения
5. Диагноз
6. Объективные данные пациента (артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания, температура)
7. Оказанная помощь больному, оставленному дома
8. Рекомендации
9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача/фельдшера выездной бригады

Форма № 087/у "Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации"

Дата и время поступления заявки в регион	Дата и время поступления заявки в РЦСА	Дата и время передачи заявки в авиа	Дата и время назначенного вылета	Дата и время фактического вылета	Дата и время прилета в населенный	Дата и время прибытия в стационар	Дата и время выезда из стационара	Дата и время вылета из населенного	Дата и время прилета в населенный	Дата и время доставки в стационар	Дата и время прибытия обратно

		компан ию			пункт			пункта	пункт		

Штрих код ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

ИИН Ф.И.О. (при его наличии) пациента (при его наличии)	№ Оперативной заявки
Дата рождения: Возраст: Пол М/Ж (нужное подчеркнуть)	

Место жительства:
Диагноз: код МКБ-10
Обстоятельства травмы:
Врач Фельдшер
Жалобы в стационаре: ☐ нет; ☐ да:

Объективные данные:Активность:	Эмоциональный статус:

☐	☐
сохранена;	нормальный;
☐	☐
ограничена;	лабильный Сон:
☐	☐
резко ограничена Конституция:	нормальный;
☐	☐
	нарушен: _____ Аппетит:
☐	☐
астенич.	
	нормальный;
☐	☐
☐	повышен
гиперстенич	☐
☐	снижен(с каких пор):

☐ норма; Поведение соответствует возрасту пациента: ☐ да; ☐ нет	

Уровень сознания по шкале Глазго:

☐ Ясное (по ШКГ 15) ☐ Оглушение умеренное (ШКГ 13-14)	☐ Оглушение глубокое (ШКГ 10-12) ☐ Сопор (ШКГ 8-9)	☐ Кома умеренная (ШКГ 6-7) ☐ Кома глубокая (ШКГ 4-5)	☐ Кома терминальная (ШКГ-3)

Status localis:
Жалобы перед транспортировкой: ☐ нет; ☐ да:
Анамнез настоящего заболевания:
Анамнез жизни: Аллергоанамнез ☐ не отягощен;

☐ отягощен:
Наследственность: ☐ не отягощена; ☐ отягощена:
Прием медикаментов: ☐ не принимает; ☐ принимает (что, когда и зачем):
Эпид. анамнез: ☐ не отягощен;

☐ отягощен:
Перенесенные инфекции.: ☐ нет; ☐ да: ☐ туберкулез; ☐ кож.-вен.; ☐ гепатит; ☐ др.:
Состоит на диспансерном учете:

☐ нет; ☐ да:
Операции: ☐ нет; ☐ да (дата, название последней):
Инвазивные процедуры (в последние 12 часов): ☐ нет; ☐ да: ☐

колоноскопия;

☐

лапароскопия;

☐

ирригоскопия;

☐

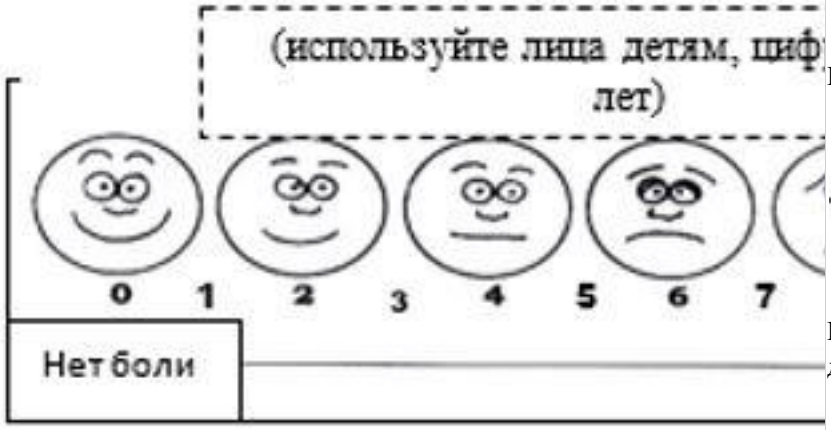
другое:

Общее состояние Удовлетворительное средней тяжести тяжелое агональное биологическая смерть Сознание ясное оглушенность 1,2 сопор кома1,2,3 отсутствует Поведение спокоен возбужден вял заторможен	Кожные покровы физиолог. бледные желтушные цианоз акроцианоз гиперемия сухие влажные чистые сыпь гипостаз Сер.-сосудист. система 1.Тоны сердца: ясные, приглушенные,	Дыхательная система 1.Экскурсия груд.кл: нормаль. снижена П. Л. патолог. дыхание; отсутствует 2.Перкуторный звук.: ясный легочный притупленная (или тупой) тимпанический коробочный 3.Дыхание	Невролог. статус: 1.Без патологии 2.Менингеальн. симпт. Ригидность п. п. Кернига (+-) Брудзинский (+-) 3.Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм гориз., верт. 4.ЧМН: птоз П Л Носогубн. скл. сглаж. нарушения глотания отклон. языка П Л опущение угла рта 5.Сухожильн.рефлексы: нормальн. симметр.	Миндалины: увелич, рыхлые, пробки Пищеварительная сист: 1.Язык: чистый, влажный-сухой обложен налетом 2.Живот: мягкий безболезн, болезн., напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет) 3.Симптомы: Щеткина-Бл.	Мочеполовая система 1.Мочеотделение: Нормальное Дизурия__ ССПО - + (П Л) 2.Акушерский статус Высота Дно Матки: _____см 3.Живот: овоидной____ смокруглой____ смдр._____ ____ 4.Тонус матки: норма, схватки	Периферические отеки: отсутствует, пастозность, отечность

Зрачки нормальное миоз-мидриаз реакция на свет: живая ослабленная отсутствует анизокария DS	глухие 2.Шумы: нет, систолическ, диастолическ., 3.Пульс: удов.качест. ритмичный аритмичный напряжен слабого наполнения отсутствует	аускульт: везикулярное пуэрильное жесткое ослаблено П Л бронхорея 4.Хрипы: нет сухие влажные 5.Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная	снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует 6.Двигательн. сфера: парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н 7.Болевая чувствительн. снижен П Л В Н 8.Афазия: моторная, сенсорная, тотальная 9.с.Бабинского ПЛ с.Оппенгейма ПЛ с.напряж.периф.нервов 10.Зев:спокойный, гиперемия, отечность	+ -Ровзинга + -Ситковского + -Ортнера + - 4.Печень: в нормеувеличена, ___см плотная болез-ненна 5.Селезенка:в норме увеличена __см плотная болезненна	5.Положение плода: продольное косое; поперечное Предлежащая часть 6.Менструальный цикл: без нарушений нарушения	

						Медицинские услуги Телемедицина проведена/не проведена проведена с какой организацией: с какими специалистами: заключение телемедицины:			
						Показатели гемодинамики			
							В стационаре	В салоне СМП	
						ЧДД				
						t º C				
						Пульс				
						ЧСС				
						АД правлев				
						Сатурация кислорода				
						Сахар крови ммоль/л				
						Исход лечения: хорошо			

						без ихзменений ухудшение

Скрининг – Оценка боли Есть БОЛЬ: ☐ Нет ☐ Да Если ДА: Локализация:…… Как часто болит:…… Как долго болит:…… Как болит (характер боли): …… Как сильно болит (интенсивность, Рис.1): … (балл) при наличии боли начать Лист оценки боли в зависимости от возраста !!!	Рис.1. Интенсивность боли (балл) 	ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯОЦЕНКА: ☐ Нет проблем в поведении и психическом состоянии ☐ Нервозность ☐ Не дружелюбность ☐ Злость ☐ Депрессия ☐

		Возбужденность ☐ Заторможенность ☐ Др.:

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В Обучение пациента/законного Способность к обучению: ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТА/ представителя на тему: ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ☐ трудно ☐ обучаем обучаем; ☐ не обучаем Необходимо обучить: ☐ Права пациента

☐

Профилактика падения

☐

пациента;

☐

законного

☐

Боль и ее

☐

ИС (общее, представителя симптомы специальное)

☐

Этика и

☐

Другие темы……деонтология

ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЯ - Пациенты транспортирующиеся по линии санитарной авиации учитывая тяжесть состояния оцениваются как высокого риска падения.								
Консультация (коррекция лечения), операция пациента	Показатели гемодинамики							
ЧДД	t0 C	PS	ЧСС	АД	Сатурация	Сахар крови	Дополнительные обследования	
До								
После								
Результат: консультирован, оперирован, оставлен на месте, транспортирован (подчеркнуть)								

Диагноз врача-консультанта			Рекомендации

Жалобы в машине скорой медицинской помощи: ☐ нет;		☐ да:										

Динамическое наблюдение пациента при транспортировке	Показатели гемодинамики	Жалобы во время полета: ☐ нет; ☐ да:

	ЧДД	t0C	PS	ЧСС	АД	Сатурация	Сахар крови	

1 час									
2 часа									
3 часа									
4 часа									

Время	Медикаменты (название ЛС, доза (ед.изм.), длительность, способ, скорость введения)	Расход
1 час		
2 часа		
3 часа		
4 часа		

Метод транспортировки:	На коляске	На носилках	На руках	Кувез

Медицинское оборудование:

Транспортировку пациент перенес: хорошо, удовлетворительно, с ухудшением, умер (подчеркнуть)

Дата _____

Время _____ передачи больного в приемный покой медицинской организации (МО) или бригаде скорой медицинской помощи

_____
_____

Ф.И.О (при его наличии) врача, доставившего пациента_____Код_____ Подпись_____

Ф.И.О. (при его наличии) врача, принимающей МО или бригады скорой медицинской помощи _____

Подпись_____

Пациент транспортирован в

_____
_____

Наименование медицинской организации

Список сокращений формы № 087/у "Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МИС	Медицинская информационная система
3	МКБ-10	Международная классификация болезней
4	МО	Медицинская организация
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Форма № 088/у "Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни) №____"

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения дата месяц год

Взят с .

Диагноз при направлении скорой помощи

Доставлен в (дата и время)

По вызову принятому в (дата и время)

Диагноз при направлении

Диагноз приемного отделения

Врач Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 1 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 2 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №___

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Переноска.

Доставлен в (дата и время)

по вызову, принятому в (дата и время)

Врач Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 1 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 2 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Диагноз при направлении

Диагноз приемного отделения

Заключительный диагноз

Операция дата и время

Обслужен амбулаторно провел дней

Исход пребывания

Замечания персонала скорой помощи

Прочие замечания

Вкладной лист
к сопроводительному листу
Отделения санитарной авиации

Сопроводительный лист санитарной авиации (подшивается к истории болезни) №

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения дата месяц год

Адрес проживания область район город улица дом квартира

Диагноз при направлении наименование код МКБ-10

Обстоятельства травмы

Откуда доставлен .

Куда доставлен .

Оказанная помощь

Состояние пациента на момент доставки в стационар

АД ,

ЧСС ,

ЧДД ,

PS ,

t

Сатурация

Доставлен (дата и время)

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача, доставившего пациента, ID

Состав МБСА

Талон к сопроводительному листу санитарной авиации (после выписки или смерти больного пересылается в центр санитарной авиации) №

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения дата месяц год

Адрес проживания область район город улица дом квартира

Диагноз при направлении . наименование код МКБ-10

Обстоятельства травмы

Откуда доставлен .

Куда доставлен .

Оказанная помощь

Состояние пациента на момент доставки в стационар АД

, ЧСС

, ЧДД

, PS ,

t

Сатурация

Доставлен (дата и время)

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача, доставившего пациента Идентификатор

Состав МБСА

Заключительный диагноз наименование код

Операция наименование код (дата и время)

Исход пребывания: .

Дата выписки (смерти) (дата и время)

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) лечащего врача, ID

Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания бригады санитарной авиации)

Вкладной лист
транспортировки новорожденного

Протокол транспортировки новорожденного

Дата рождения дата месяц год

Гестационный возраст

Постменструальный возраст

Возраст

Масса тела при рождении

Фактическая масса тела

Пол ребенка

☐

м

☐

ж

Причина перевода новорожденного
Длительность транспортировки
Материнский диагноз наименование код
Диагноз новорожденного ребенка наименование код
Вид респираторной поддержки во время перевода

☐

CPAP

☐

IMV

☐

Кислород
Основные жизненные показатели новорожденного в направляющем медицинском учреждении
Частота сердечного сокращения

Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ:

☐

PIP

☐

peep

☐

Ti

☐

Rate

☐

FiO2
Артериальное давление

Температура тела

0C

Сатурация %
Сахар крови

Газовое состояние крови pH/pCO2/pO2/HCO3/BE

Состояние новорожденного при переводе
Время
Частота сердечного сокращения

Частота дыхания

Артериальное давление

Температура тела

0C
Сатурация %
Параметры вентиляции

PIP

peep

Ti

Rate

FiO2
Газовое состояние крови pH/pCO2/pO2/HCO3/BE

Суточная потребность в жидкости

Мл/кг/сут
Скорость инфузии

Мл/час
Лекарственные препараты/время
Санация

да

нет

Кормление

(мл)
Диурез

(мл)
Стул

☐

да

☐

нет
Общий объем за время транспортировки (мл)

Скорость диуреза

Мл/кг/час
Оценка степени комфорта для новорожденного

☐

Возбужденный

☐

Активный

☐

Медицинский сон

☐

Сон
Использование седативных и паралитических препаратов
Получил

☐

да

☐

нет
Название лекарственного препарата наименование
Доза препарата

Родители получили полную информацию по поводу транспортировки новорожденного

☐

да

☐

нет
Если родители не получили, то по какой причине?
Ф.И.О. (при его наличии) врача, Идентификатор
Ф.И.О. (при его наличии) медицинской сестры, Идентификатор
Дата и время перевода
Состояние новорожденного в принимающем медицинском учреждении
Частота сердечного сокращения

Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ:

☐

PIP

☐

peep

☐

Ti

☐

Rate

☐

FiO2
Артериальное давление

☐

Температура тела

0С
Сатурация %
Сахар крови

Газовое состояние крови pH/pCO2/pO2/HCO3/BE

Список сокращений формы № 088/у "Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	t0	Температура тела
3	АД	Артериальное давление
4	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
5	МБСА	Мобильная бригада санитарной авиации
6	МКБ-10	Международная классификация болезней
7	МО	Медицинская организация
8	PS	Пульс
9	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

10	ЧДД	Частота дыхательных движений
11	ЧСС	Частота сердечных сокращений

Форма № 089/у "Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской помощи в форме санитарной авиации"

№ п/п	Дата и время вызова	Откуда и кем сделан вызов	Ф.И.О. (при его наличии)пациента	ИИН	Диагноз или причина вызова	Местонахождение больного
1	2	3	4		5	6

Разворот ф. № 089/у

Состав бригады, консультантов или сопровождающих	Наименование авиакомпании, тип воздушного судна	Дата и время подачи оперативной заявки	Время вылета	Время прилета	Вид медицинских услуг	Причина отмены оперативной заявки	Старший врач смены

Ф.И.О. (при его наличии)	должность, специальность, МО							
7	8	9	10	11	12	13	15	16

Список сокращений формы № 089/у "Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи":

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

Форма № 090/у "Задание на санитарный полет №____" 20____ года "_____" _____ часов _____ мин._____

Командиру воздушного судна _____

Наименование авиакомпании _____

Вид, тип, бортовой № воздушного судна _____

Цель полета _____ _____

Маршрут полета)		Фамилия, имя, отчество (при его наличии) медицинского работника	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
Пункт	Пункт		

отправления	прибытия		
1	2	3	4

Примечание _____

М.П.

Руководитель (координатор) службы санитарной авиации _____

(фамилию пишите разборчиво) (Подпись) _____

Оборотная сторона ф. № 090/у

Сведения пилота о выполнении заявки

Тип воздушного судна _____ бортовой № воздушного судна _____

Дата	Пункт отправления по фактическому маршруту полета	Пункт прибытия по фактическому маршруту полета	Количество пассажиров	Время				время полета		время на земле		Время стоянки в пунктах посадки	Пройдено километров	
				вылета		прилета								
				час	мин	час	мин	час	мин	час	мин	час	мин	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Итого:														

Пилот Ф.И.О. (при его наличии), подпись (при его наличии) _____ Подпись _____

Ф.И.О (при его наличии). и подпись лиц, пользовавшихся воздушным судном):

МБСА:

Пациент:

Сопровождающий:

Сведения о лице, сопровождающем пациента Ф.И.О. (при его наличии) _____

Ф.И.О. (при его наличии) (командира воздушного судна) _____ Подпись _____

Примечание: уход на запасной, замечание по полету КВС _____

Список сокращений формы № 090/у "Задание на санитарный полет":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МП	Место печати
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
		Срочно (да/нет)
Форма № 091/у "Оперативная заявка № ____на "____" _____ 20___ г."		

Заказчик: _____

(наименование организации, министерства, ведомства)

Эксплуатант: _____

(наименование авиакомпании)

Цель полета _____

(транспортировка, операция, консультация, транспортировка донорских органов)

Тип воздушного судна _____

Время вылета _____

(дата, время вылета (время Нур-Султана))

Маршрут и загрузка воздушного судна по этапам полета:

Аэропорт отправления	Аэропорт прибытия	Загрузка			
		Количество сотрудников МБСА	Количество пациентов	Количество сопровождающих	Способ транспортировки (сидя; лежа; на руках; в кувезе)

Информация по получению/отказа оперативной заявки эксплуатантом:

Дата и время получения оперативной заявки	Оперативная заявка принята на исполнение	Оперативная заявка не принята на исполнение. Причина отказа:

Старший врач смены: _____ (подпись, Ф.И.О. (при его наличии)) М.П.		Представитель "Эксплуатанта": _____ (подпись, Ф.И.О. (при его наличии), должность) М.П.

Информация по отмене оперативной заявки заказчиком:

Время отмены ОЗ	Причина отмены ОЗ	Дополнительная информация по отмене ОЗ	Подпись, Ф.И.О. (при его наличии) старшего врача смены

Форма № 092/у "Журнал учета приема детей в дом ребенка" за 20____ год

Р/с № п/п	Дата поступления	Ф.И.О. (при его наличии) ребенка	ИИН	Дата рождения (год, число, месяц)	Кем направлен	Причина направления	С какими документами направлен в дом ребенка	Ф.И.О. (при его наличии) и адрес родных ребенка (отца, матери, других близких родственников, опекунов)	Куда переведен, кто принял ребенка из дома ребенка
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата перевода или выписки ребенка	Адрес организации и лица, принявшего ребенка	По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка	Кто выписал ребенка из дома ребенка	Подпись выписавшего	Отметки о случае смерти (указать дату и где умер: в больнице, в доме ребенка)
11	12	13	14	15	16

Форма № 093/у "Форма учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей, ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери"

1. Индивидуальный идентификационный номер беременной
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной
3. Дата рождения
4. Адрес проживания
5. Дата выявления вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. Дата выявления беременности
7. Отношение к группе риска
8. Диагноз
9. Исход беременности
10. Индивидуальный идентификационный номер ребенка
11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

12. Полный клинический диагноз
13. Профилактическое лечение
14. Результаты исследований
15. Лечение
16. Дата снятия с динамического наблюдения
17. Дата перевода в группу ВИЧ-инфицированных
18. Дата смерти

Форма № 094/у "Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории"

Начат "____" _____ г.

Окончен "___" _____г.

№ п/п	Ф.И.О. (при его наличии)	ИИН	Дата забора крови	Дата проведения анализа	Тип тест-системы, серия	Результат	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Форма № 095/у "Лист конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ"

Я, Ф.И.О. (при его наличии) _____

_____

_____

ИИН _____

Дата рождения _____

проживающий(ая) по адресу _____

_____

подтверждаю собственноручно, что оповещен(а) врачом_____

_____

ФИО врача _____ _____ _____
областного (городского) центра по профилактике и борьбе со СПИДом о том, что являюсь ВИЧ инфицированным. Уведомлен (а) об уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции по действующему законодательству Республики Казахстан. Поставлен (а) в известность: о путях передачи ВИЧ-инфекции другим лицам; о необходимости использования индивидуальных средств защиты; об обязанности сообщения о своем ВИЧ-заболевании половым партнерам, партнерам по внутривенному употреблению наркотиков, медицинским работникам при обращении за медицинской помощью; о пожизненном запрещении мне быть донором. Ознакомлен (а) с порядком диспансерного наблюдения и получения медицинской помощи в областном (городском) центре по профилактике и борьбе со СПИД. Я согласен (а) на внесение моих персональных данных в электронные информационные ресурсы (ст. 62 Кодекса РК "О здоровье народа и системе здравоохранения" от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК).

Дата_____

Подпись ВИЧ инфицированного лица_____

Подпись лечащего врача _____

Список сокращений формы № 095/у "Лист конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ":

1	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Форма № 096/у "Бракеражный журнал"

Начат "___" _____ 20___ г

Окончен "___" _____ 20___ г

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу информации о бракераже

Дата	Ф.И.О (при его наличии) сотрудника	Подпись

№ п/п	№ регистрационный в лаборатории	Год, месяц, день поступления	Название учреждения, доставившего материал	Причина бракеража	Принятые меры	Ф.И.О (при его наличии) (инициалы) подпись сотрудника ответственного за получение информации о бракераже	Подпись врача-лаборанта/менеджера по качеству

1	2	3	4	5	6	7	8

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

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

Формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций
Форма № 097/у "Направление № на лабораторное исследование услуги/ на консультационные услуги/ на госпитализацию, перевод в другой стационар"

1. ИИН / № паспорта (для иностранцев)
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Дата рождения
4. Пол
5. Гражданство
6. Житель

☐

города

☐

села

7. Адрес проживания область район город улица дом квартира

Номер мобильного телефона

8. Диагноз

9. Наименование направившей МО (из регистра МО)

10. Кем направлен Ф.И.О. (при его наличии) ID

Должность направившего

11. Дата направления

12. Тип возмещения затрат

Заполняется при направлении на исследования для определения эпидемиологического статуса:

13. Место работы/учебы/детского учреждения,

14. Должность (только для медицинских работников и студентов медицинских ВУЗов)

15. Социальное положение

Вкладной лист 1
к направлению

Специальная часть только для формирования направлений на лабораторные услуги и диагностические исследования или консультации специалиста:

1. Услуга из справочника.

2. Вид первичной пробы (если необходимо)

3. Обследование (если необходимо)

первичное

повторное

4. Заказ на исследование (если необходимо):

☐

плановое

☐

экстренное

5. Примечание

6. Материал (если необходимо)

7. Код обследования по форме № 4 (если необходимо)

8. Дата взятия образца, время забора (если необходимо)

9. Дата и время отправки образца (если необходимо)

Следующие поля заполняются "Казахским научным центром дерматологии и инфекционных заболеваний" и "Национальным научным центром фтизиопульмонологии":

1. При направлении на индивидуальное исследование образцов крови на маркеры ВИЧ-инфекции, необходимо получить информированное согласие пациента:

Я, _____ _____ согласен(на) на консультирование и тестирование, и внесение моих персональных данных в электронные информационные ресурсы (ст. 62 Кодекса РК "О здоровье народа и системе здравоохранения" от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК).

Дата

Подпись_____

2. При необходимости формировать посписочное направление.

Следующие поля заполняются только при необходимости их реализациив направлении для уточнения характера направления

1. Метод типирования (применимо при трансфузии)

2. Место взятия материала (применимо для цитологических исследований)

3. Показания к обследованию (применимо для микробиологических исследований)

4. Применимо при выборе в справочнике услуг патолого-гистологического исследования:

4.1 Отделение

4.2 Биопсия

4.3 При повторной биопсии указать № и дату первичной

4.4 Дата и вид операции код наименование

4.5 Маркировка материала, число объектов

4.6 Клинические данные:

Продолжительность заболевания, проведенное лечение, при опухолях – точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании лимфоузлов - указать анализ крови, соскобов эндометрия, молочных желез – начало и окончание последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной функции, дата начала кровотечения

5. Применимо при выборе в справочнике услуг на исследование крови на CD- 4, CD-8:

5.1 Номер иммуноблота

5.2 Дата начала противовирусной терапии

6 Применимо при проведении бактериологического исследования патологического материала на туберкулез:

6.1 Локализация:

6.2 Причина для исследования:

6.3 Срок лечения (месяц)

6.4 Дата сбора патологического материала:

6.5 Тип больного

6.6 Категория

I

☐

IV

Вкладной лист 2
к направлению

Специальная часть только для формирования направления на госпитализацию или перевод в другой стационар:

Название МО, в которую направляется пациент (из регистра МО)

№ медицинской карты пациента

Дата начала лечения

Список сокращений формы № 097/у "Направление":

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	НПЦТ	Научно-производственный центр трансфузиологии
5	РК	Республика Казахстан
6	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
7	ЭЦП	Электронная цифровая подпись

Форма № 098/у "Результат № на лабораторное/диагностическое исследование/консультационные услуги"

1. Наименование и контактные данные лаборатории, выдавшей результаты (из регистра МО)
2. ИИН пациента / № паспорта (для иностранцев)
3. Ф.И.О. (при его наличии)
4. Дата рождения
5. Пол
6. Гражданство
7. Житель

☐

города

☐

села

8. Адрес проживания

9. Наименование направившей МО (из регистра МО)

10. Кем направлен Ф.И.О. (при его наличии) ID

11. Должность

12. Дата и время поступления пробы в лабораторию

13. Дата и (при необходимости) время забора первичной пробы

14. Вид первичной пробы, анатомическая локализация места забора (при необходимости)

15. Перечень выполненных исследований, дата и время выполнения, результаты (для количественных результатов – референсные интервалы и значения принятия клинических решений, описание диагностических исследований, результат проведенных консультаций):

Из справочника. Результат. (при необходимости добавить строки)

16. Интерпретация результатов или заключение (при необходимости)

14.1 Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор специалиста

17. Комментарии (замечания по качеству проб, отклонения при выполнении процедур исследований)

18. Ф.И.О. (при его наличии) лиц, выполнивших исследование Ф.И.О. (при его наличии) ID

19. Дата и время формирования отчета о результатах исследований

20.* Номер страницы из общего числа страниц (например, 1 из 3, 2 из 3)

Список сокращений формы № 098/у "Результат":

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)

Форма № 099/у "Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам"20__ года "__" _____ дата взятия биоматериала

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
Дата рождения _____
Организация _____ отделение _____
палата _____ участок _____
медицинская карта № _____
При исследовании _____
(указать материал)

	Наименование микроорганизмов	
Выделены		
	1	2
	Чувствительность* микроорганизмов	

Наименование препаратов с учетом их наличия в ЛПУ	устойчив	малоустойчив	чувствителен	МИК мгл/мл	устойчив	малоустойчив	чувствителен
Антибиотики							
Пенициллин							
Метициллин							
Оксациллин							
Диклоксациллин							
Ампициллин							
Карбенициллин							
Эритромици							
Олеандомицин							
Линкомицин							
Ристомицин							

Рифамицин							
Левомицетин							
Тетрациклин							
Стрептомицин							
Канамицин							
Мономицин							
Гентамицин							
Неомицин							
Полимиксин							
Цепорин							
Цефалоспорин							

	Чувствительность* микроорганизмов	
	1	2
Сульфаниламиды		

Сульфадиметоксин							
Норсульфазол							
Нитрофураны							
Фуразолин							
Фурацилин							
Фурадонин							
Фурагин							

Фуразолидон							
Перти							
Норбактин							

Фторхинолоны	
Прочие	

продолжение таблицы

Чувствительность* микроорганизмов		Ассоциация микроорганизмов						
		3				4		
МИК мгл/мл	устойчив	малоустойчив	чувствителен	МИК мгл/мл	устойчив	малоустойчив	чувствителен	МИК мгл/мл

20__ года Подпись _____

*Результат отметить: при использовании метода дисков- знаком "+", при использовании метода разведений - указанием минимальной ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл)

Форма № 100/у "Журнал контроля посуды и питательных сред"

Дата	Наименование средств	Результат	Подпись
1	2	3	4

Форма № 101/у "Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений"

Дата	Регистрационный №	Наименование продукт, пробы	Мезофильные анаэробные и факультативные микроорганизмы	Титр E.coli	Титр протея	Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Исследование на стафилококк	Исследование на энтерококк	Исследование на cereus	Анаэробы	Биопроба	Результат	Дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Форма № 102/у "Журнал микробиологических исследовании на микрофлору и чувствительность к антибиотикам"

Дата	Ф.И.О. (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Отделение	Исследуемый материал	Характер роста			Микроскопия Рессель	Лактоза	Глюкоза	Сахароза	H2S
					Чистовича	Эндо	Кровяной агар		Плазма	Чистовичтің Чистовича	Манит	Глицерин
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Продолжение таблицы

Мочевина	Маннит	Индол	Подвижность	Симонса	Донилалация	Результат исследовании к а/биот.	Дата окончания, подпись
Стерильді сүтМолоко стерильн.	Агаровый косяк	Солевой бульон	Желчный буль.	Сахарн. бульон	Ацетатная среда		
14	15	16	17	18	19	20	21

Форма № 103/у "Журнал микробиологических исследований крови на стерильность"

Дата	Регистрационный №	Ф.И.О. (при его наличии)адрес, место работы	Индивидуальный идентификационный номер	Диагноз	Дата заболевания	Кем доставлен	Цель исследования	Высевы				
								I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Продолжение таблицы

Микроскопия	Тесты идентификации	Дата окончания анализа	Подпись
14	15	16	17

Форма № 104/у "Форма учета лабораторных и диагностических исследований"

1. Дата и время
2. Индивидуальный идентификационный номер
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
4. Дата рождения
5. Пол
6. Категория по оплате
7. Идентификатор отделения (применимо при лаборатории в структуре МО)

8. Номер медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента (применимо при лаборатории в структуре МО)

9. Идентификатор направившей МО (применимо для лабораторий вне МО)

10. № направления

11. Дата поступления материала

12. Диагноз

13. Исследуемый материал

14. Категория услуги

15. Наименование услуги

16. ID сотрудника, выполнившего исследование

Форма № 105/у "Журнал регистрации микробиологических исследований смывов"

№ п/п	Дата взятия	Место забора	Цель исследования	Результат исследования			Дата выдачи результатов	Идентификатор лица, проводившего исследования	
				БГКП	Золотистый стафилококк	УПФ (условно патогенная флора)	ПМФ (патогенная микрофлора)		
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

Форма № 106/у "Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии"

Дата посева	Характер колонии	Морфология	Уреаза	Цистиназа	Крахмал	Глюкоза	Сахароза	Токсичность	Тип	Дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Форма № 107/у "Журнал движения первичной пробы"

_____

_____

_____

(название анализов)

Начат 20 ___ года "____"_____ окончен 20_____ года "____"_____

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу биоматериала

Дата	Ф.И.О. (при его наличии) сотрудника	подпись

обратная сторона

название МО	дата	движение биопробы						
		Нақтытапсырылған биоматериал саны (количество фактически сданного биоматериала)						
		Б/Х	МНО	гормон	HbA1c	Гепатиты В,С	такролимус	циклоспорин

Продолжение табицы

движение биопробы							
Нақты тапсырылған биоматериал саны (количество фактически сданного биоматериала)							
ПЦР	гр крови, а/ти	микрореакция	ОАК	ОАМ	кал, соскоб	Степ чистоты	Онкоцитология

Продолжение таблицы

движение биопробы					несоответствия
Тапсырды (сдал)			қабылдады(принял)		
фамилия	уақыты	подпись	Время/	подпись	

Форма № 108/у "Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер"

_____

(название анализов)

Начат 20 ___ года "____" _____ окончен 20_____ года "____" _____

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Дата	Ф.И.О. (при его наличии) сотрудника	подпись

Артқы жақ/Обратная сторона

№	Дата обнаружения несоответствия	Несоответствие	Незамедлительные действия по устранению несоответствия	Принятые корректирующие меры	Оценка и результат эффективности принятых мер

Форма №109/у "Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин"

_____

(название анализов)

Начат 20 ___ года "____"_____ окончен 20_____ года "____"_____

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Дата	Фамилия. Имя. Отчество (при его наличии) сотрудника	подпись

Обратная сторона

№ п/п	дата	Ф.И.О. (при его наличии)(инициалы) пациента	номер идентификации	Направившая организация	Тревожно-критическое значение	Время выявления тревожно критического значения	Время передачи тревожно-критического значения	Подпись сотрудника передавшего информацию	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) инициалы, подпись сотрудника принявшего информацию(при передачи по телефону

Форма № 110/у "Рабочий журнал микробиологических исследований"

Начат 20 ___ года "____"_____

Окончен 20_____ года "____"_____

Дата	№ п/п	№ регистрационный	Ф.И.О. (при его наличии) Дата рождения обследуемого	Индивидуальный идентификационный номер	Место работы, домашний адрес обследуемого	Стационар, отделение, контингент	Наименование среды и характер роста
1	2	3	4	5	6	7	8

Количество изучаемых колоний	Микроскопия	Тесты идентификации	Серотипирование	Результат исследования	Дата окончания исследования. Подпись лица, проводивш

												его исследование
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

1. В графу 3 "Регистрационный номер" переписываются номера анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под одним номером.

2. В графе 7 "Наименование среды и характер роста" отмечают название плотных питательных сред, на которые производят посев исследуемого материала, а также наличие или отсутствие подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную горизонтальную строку.

3. Графы 11-18 "Тесты идентификации" служат для характеристики биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность, антигенная структура, токсигенность и другие свойства).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими знаками: КГ – при образовании кислоты и газа; К – при образовании кислоты без газообразования; -- расщепление отсутствует.

5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также образование индола и сероводорода целесообразно отмечать знаками: (+) – реакция положительная; (-) – реакция отрицательная.

6. В графе 20 "Результат исследования" указать вид выделенных микроорганизмов и массивность обсеменения.

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

6._____

7._____

8._____

9._____

10._____

Форма № 111/у "Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха"

Начат 20 ___ года "____"_____

Окончен 20_____ года "____"_____

<table>
<tr><td>Дата, время отбора проб</td><td colspan="2">Регистрационный номер</td><td>Организация, место и метод отбора</td><td>Номера проб</td><td colspan="2">Наименование питательных сред</td><td>Экспозиция, скорость</td><td>Объем пропущенного воздуха</td><td>Общее число колоний</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">2</td><td>3</td><td>4</td><td colspan="2">5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="3">Исследование на:</td><td colspan="3">Результаты исследования</td><td rowspan="2">Другие микроорганизмы</td><td colspan="2" rowspan="2">Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись лица, проводившего исследование.</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Стафилококки</td><td colspan="2" rowspan="2">Другие микроорганизмы</td><td colspan="3">Количество микроорганизмов в 1м3</td></tr>
<tr><td>Общее</td><td colspan="2">Золотистый стафилококк</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td colspan="2">13</td><td>14</td><td>15</td><td colspan="2">16</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="10">1. Ведется в отделении контроля качества или лицами, на которых возложен контроль качества продукции
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</td></tr>
</table>

Форма № 112/у "Журнал приготовления и контроля питательных сред"

Начат 20 ___ года "____"_____

Окончен 20_____ года "____"_____

№ п/п	Дата приготовления среды	Дата контроля	Наименование среды	Количество приготовленной среды в литрах	Серия и дата изготовления препарата, из которого приготовлена среда	Тесты, применяемые для контроля сред					Заключение о пригодности	Дата и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

1. При заполнении графы 6 указываются данные о сухих питательных средах, пептоне.
2. В графах 7-11 вносятся данные о количестве засеваемых микробных клеток.
3. Для полного учета в журналах ежедневно ведутся записи о количестве приготовленных питательных сред независимо от проведения контроля.

Форма № 113/у "Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав)"

Начат 20 ___ года "____"_____

Окончен 20_____ года "____"_____

Указать нормативно-техническую документацию (НТД) контроля работы стерилизаторов. 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Дата	Марка, № стерилизатора воздушного, парового (автоклава)	Стерилизуемые изделия				Время стерилизации в мин.		Режим				Тест-контроль (указать аэробы, анаэробы, тесты идентификации, сроки инкубации посевов)	Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лица, проводившего исследование
		Отделение, откуда получен материал	Наименование	Количество	Начало	Время выхода стерилизатора на температурный режим	Конец	Давление	Температура	биологический	Термический	Химический	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Форма № 114/у "РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ исследований на стерильность"

Начат 20 ___ года "____"_____

Окончен 20_____ года "____"_____

Методы отбора образцов и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Дата	№ п/п	Регистрационный номер (или серия препарата)	Исследуемый материал	Организация, место взятия материала	Обработка материала и дата посева	Исследование							Результат исследования				Дата окончания исследования. Идентификатор лица, проводившего исследование
			Наименование			В аэробных условиях				В анаэробных условиях			Грибы и плесени				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Форма № 115/у "Журнал регистрации серологических исследований"

Начат 20 ___ года "____"_____ окончен 20_____ года "____"_____

_____

вписать название исследований Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (перечислить))

1._____
____
2._____
____
3._____
____
4._____
____
5._____
____

Дата	Регистрационный номер	Ф.И.О. (при его наличии)медицинская карта №	Индивидуальный идентификационный номер	Организация, отделение, палата
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Результаты исследований											Дата окончания исследования Идентификатор лица, проводившего исследование
кардиолипиновый антиген для МРП	кардиолипиновый алнтиген для РСК	Трепонемный антиген	Количественный титр	1:50	1:100	1:200	1:400	1:800	1:1600	1:3200	
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Форма № 116/у "Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта"за 20_____ год
_____

Врач лаборант (медлаборант)
_____

№ п/п	Название анализа	Количество выполненных анализов по дням месяца																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

продолжение таблицы

Количество выполненных анализов по дням месяца													Итого за месяц
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Листок ежедневного учета работы заполняется врачом-лаборантом (мед. лаборантом) и сдается заведующему лабораторией для внесения данных о количестве выполненных исследований в журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории (форма № 117/у)

Разворот ф.№ 116/у

Врач-лаборант (мед. лаборант)

_____

№ п/п	Название анализа	Количество выполненных анализов по дням месяца																
		1	2			1	2			1	2			1	2			

продолжение таблицы

№ п/п	Название анализа	Количество выполненных анализов по дням месяца													Итого за месяц	
		1	2			1	2			1	2			1	2	31

Форма № 117/у "Рабочий журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории"

Начат 20 ___ года "____"_____

Окончен 20_____ года "____"_____

№п/п	Название анализа	Лечебные								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Разворот ф. № 262/у

Подразделения	Итого за

											Месяц, год

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

1. Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории ведется заведующим лабораторией.

2. Строки графы "Название анализа" заполняются согласно "Номенклатуре основных видов лабораторных анализов" по разделам I – общеклинические анализы, II – гематологические, III – цитологические, IV – биохимические, V – микробиологические, VI – иммунологические анализы.

3. В графу "Лечебные подразделения" (подграфы 3 – 22) вносятся названия обслуживаемых лабораторией стационаров (лечебных отделений), амбулаторно-поликлинических организаций.

4. Особо выделяется количество анализов, выполненных по помощи на дому.

Форма № 118/у "Акт входного контроля"

_____

(наименование лаборатории, проводившей исследования)

№ _____

_____

Дата поступления материала в лабораторию) _____

1. Наименование образца продукции) _____

_____

_____

2. Производитель, страна происхождения, завод изготовитель) _____

_____
_____

3. Номер серии _____

4. Визуальное состояние

_____
_____

_____
_____

5. Результаты исследования

№	Дата постановки опыта	Наименование исследования	Результат
1			
2			
3			

Акт входного контроля сдал дата Фамилия и подпись Получил (дата) Фамилия и подпись

Форма № 119/у "Акт приема–передачи образцов для исследования"

Дата 20____ года "_____" _____

Мы, нижеподписавшиеся, Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (далее – Ф.И.О. (при его наличии)), должность _____
_____
_____
_____

наименование лаборатории _____ составили настоящий акт в том, что специалистами входного контроля передано в

_____
_____
_____
_____

№	Наименование образца	Единица измерения	Количество

1	2	3	4

_____

_____

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

_____

_____

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

Форма № ТБ 120/у "Лабораторный регистрационный журнал исследований на туберкулез (для лабораторий организаций первичной медико-санитарной помощи)"

№ п/п	Дата	Ф.И.О. (при его наличии)	ИИН	Пол	Дата и год рождения	Название лечебной организации	Адрес	Цель проведения анализов

								Диагностика	Контроль химиотерапии	Категория
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Результаты анализов (отр/1-9 КУБ/+/++/+++)			GX				Подпись лаборанта	Примечания
1	2	3	MTB	RIF	Teріс	Ошибка (код)		

12	13	14	15	16	17	18	19	20

Форма № ТБ 121/у "Лабораторный регистрационный журнал (для лабораторий противотуберкулезных организаций)"

№	Ф.И.О. (при его наличии) пациента	ИИН	Дата рождения	Отделение	Пол	Адрес	Тип больного	Категория

							Новый случай	Ранее леченные	

Продолжение таблицы

Цель исследования		Месяц лечении	Материал	Дата взятия материала	Дата получения материала
Диагностика	химиотерапия				

Продолжение таблицы

Результаты микроскопии		БАКТЕК посев			Дата посева	Дата результата Л-Й	Результат Л-Й		
I порция	II порция	Дата посева	Дата результата	Результат	Кровяной агар	Л-Й1	Л-Й2	Л-Й1	Л-Й2
			*						
			**						

Продолжение таблицы

Результаты идентификации	Тест лекарственной чувствительности							
	1 ряд							
	Постановки	Дата результата	БАКТЕ Л-Й	H	R	S	E	Z
	*							
	**							

Продолжение таблицы

	тест на лекарственную чувствительность
	2-й ряд

Дата	Дата	Бактек	Km	Cm	Am	Lfx	Mfx 0,25	Mfx 1,0	Pto/Eto	другое	другое	другое

постановки	результата	/Л-Й										
*												
**												

Продолжение таблицы

Молекулярно- генетические исследования	
☐ MTB DR plusдругой___	☐ MTB DRslдругой_____

культура	H	R	Отр	FQ	Km, Am, Cm	Km, Cm, Vio	Km, Am, Cm, Vio	Низкие концентрации Km	Отр	другое

Продолжение таблицы

Молекулярно- генетические исследования				Идентификатор лаборанта	Примечание
Xpert					
дата постановки	МБТ +/ RIF	Отр	Ошибка код		

первичный результат*

пересев**

Форма № ТБ 122/у "Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ"

№ п/п	№ культуры	Дата посева	Ф.И.О. (при его наличии)	Дата и год рождения	Организация (отделение)	Материал	Цель исследования		Дата постановки ТЛЧ на ППР	Дата чтения результата
							Диагностика	Контроль		

Контроль	Идентификация МБТ	ПТП 1 ряда	Дата постановки ТЛЧ на ПВР	Дата чтения результата

Положительно	Отрицательно		H	R	S	Z	E		

ПТП 2 ряда									Ф.И.О. (при его наличии) ответственного лабработника	Примечания
Km	Am	Cm	Lfx	Ofx	PtoEto	PAS	Cs	Mfx	другие	

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

Формы медицинской учетной документации организаций службы крови

Форма № 123/у "Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции"

1. Номер справки

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

3. Дата осуществления донорской функции:

3.1. при донации, указывается выполнение на безвозмездной или платной основе;

3.2. при прохождении обследования, указываются часы пребывания в организации службы крови

5. Идентификатор лица, выдавшего справку

6. Печать организации, выдавшей справку

Форма № 124/у "Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований"

1. Дата донации

2. Идентификационный номер донации

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

4. **Результаты биохимического исследования аланинаминотрансфераза (АЛТ)

5. **Результаты иммуногематологического исследования (группа крови по АВО, резус принадлежность, фенотип по антигенам системы Резус (при наличии), антиген Келл, нерегулярные антиэритроцитарные антитела)

6. Идентификатор лица, заполнившего ведомость

7. Дата исследования

8. Идентификатор врача, выполнившего исследование

Форма № 125/у "Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции"

1. Идентификационный номер образца крови

2. Идентификационный номер донации

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

4. Дата, месяц, год рождения

5. Отделение, откуда доставлен образец

6. Дата донации

7. Дата получения окончательного результата

8. Интерпретация результатов Иммуноферментный (ИФА) и Иммунохемилюминесцентный (ИХЛА) анализов, исследований (вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус гепатита В (ВГВ), вирус гепатита С (ВГС), сифилис)

9. Алгоритм действий

10. Идентификатор ответственного лица

11. Дата и время получения ведомости

12. Идентификатор заведующего отделением

1. Идентификационный номер образца крови

2. Идентификационный номер донации

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

4. Отделение, откуда доставлен образец

5. Код контингента

6.**Результаты исследования полимеразной цепной реакции (ПЦР) пула (дата, результат (ВИЧ, ВГС, ВГВ) цикл ВКО (внутренний контрольный образец)

7. **Результаты исследования ПЦР образца (дата, результат (ВИЧ, РНК ВГС, РНК ВГВ) цикл ВКО (внутренний контрольный образец)

Форма № 126/у "Медицинская карта донора крови и ее компонентов"

1. Паспортная часть:

1.1. паспортные данные донора (индивидуальный идентификационный номер, фамилия, имя, отчество (при его наличии); дата рождения; номер документа, удостоверяющего личность, дата его выдачи, кем выдан)

1.2. профессия

1.3. контактные данные (адреса прописки и проживания; телефоны (рабочий, домашний, сотовый и дополнительный (при наличии))

1.4. идентификатор сотрудника, внесшего данные

2. Особые отметки:

2.1. результаты фенотипирования/генотипирования (ABO, Rh-Hr,HLA)), титр антиэритроцитарных антител, а также дата установления результата и идентификатор сотрудника, выполнившего исследование)**

2.2. дата зачисления в доноры/дата снятия с учета

2.3. идентификатор сотрудника, выполнившего запись

3. *Отчет о выполненных донациях:

3.1. дата донации

3.2. категория донора (первичный, повторный)

3.3. место донации (стационарная, выездная)

3.4 мотивация донации (платная/безвозмездная/ безвозмездная целевая)

3.5. всего выполнено донаций крови (доз/мл), плазмы (доз/мл.), лейкоцитов (доз/ количество клеток), тромбоцитов(доз/ количество клеток), костного мозга (мл.)

4. Первичные данные на момент зачисления в доноры:

4.1. краткий анамнез жизни, наследственность, перенесенные заболевания (в том числе операции и их давность, предшествовавшие трансфузии крови и ее компонентов), прививки/ вакцинации и их давность

4.2. идентификатор сотрудника, внесшего данные

5. *Результаты текущего объективного обследования донора перед донацией, оценки анкеты донора и заключение о допуске к донации:

5.1. дата обследования

5.2.**объективные данные опроса и осмотра (наличие жалоб, состояние и окраска склер, кожных покровов, слизистых полости рта, показатели артериального давления (мм рт. ст.), частоты пульса (ударов в минуту), характер пульса, кратко состояние опорно-двигательного аппарата, органов брюшной полости, периферических лимфатических узлов, результаты аускультации сердца и легких)

5.3. результат оценки анкеты донора

5.4. решение о допуске к донации

5.5. направление на донацию крови и ее компонентов

5.5.1. **вид донации (кроводача/ плазма (цита) ферез/ миелоэксфузия)

5.5.2. запланированное количество эксфузии крови и (или) ее компонентов

5.6. идентификатор врача, выполнившего допуск к донации

6. *Отчет о донации крови и ее компонентов:

6.1. фактически заготовлено крови, плазмы, клеток крови, костного мозга**

6.2. отметка о состоянии донора после донации

6.3. идентификатор специалиста, выполнившего забор крови и ее компонентов

7. *Архив результатов лабораторных исследований крови донора перед донацией*

7.1. ** общий анализ

7.2. ** биохимические исследования

7.4. ** иммуногематологические исследования

7.5. идентификатор специалиста, выполнившего лабораторное исследование

8. *Архив результатов лабораторных исследований образцов крови после донации:

8.1. **скрининг маркеров инфекций (серологического исследования, ПЦР исследования)

8.2. **иммуногематологическое исследование

8.3. идентификатор специалиста, выполнившего лабораторное исследование

Форма № 127/у "Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов"

1. Всего обращений за отчетный период

2. Отведено на этапе до донации:

2.1. по данным единого донорского информационного центра (наличие абсолютных противопоказаний к донорству крови и ее компонентов, не соблюдение минимального интервала между донациями);

2.2. врачом при медицинском освидетельствовании (наличия соматического заболевания; установление дополнительных сведений о возможных рисках заражения трансмиссивными заболеваниями; несоответствие результатов первичного лабораторного обследования);

2.3. самоотвод;

2.4. другие причины.

3. Всего выполнено донаций, в зависимости от категорий доноров (первичный, повторный), от мотивации (безвозмездная, из них целевая и платная), от вида (крови, плазмы, клеток крови).

4. Дата, время распечатки общего отчета

5. Идентификатор специалиста, распечатавшего общий отчет

Форма № 128/у "Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований"

1. Дата приема образца крови
2. Наименование медицинской организации откуда поступил образец
3. Цель исследования образца крови
4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, от которого забран образец крови
5. Дата, месяц, год рождения
6. Диагноз (кратко)
7. **Наименование лабораторного исследования
8. Причина лабораторного брака
9. Результаты лабораторного исследования
10. Идентификатор ответственного лица, выполнившего исследование
11. Дата выдачи результата анализа
12. Идентификатор ответственного лица, выдавшего результаты анализов

Форма № 129/у "Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза"

1. Дата заготовки
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код) донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность
5. Наименование и объем консерванта (мл)
6.** Учет заготовки доз цельной крови/компонентов крови осуществляется в мл. и дозах, отдельно по каждому наименованию продуктов (эритроцитсодержащих, плазменных, других клеток крови) в соответствии с номенклатурой заготавливаемой продукции, с указанием объемов без консерванта (мл), с консервантом (мл.), на лабораторное исследование (мл.)
7. Отметка об отборе из дозы крови/компонента пробы на бактериологическое исследование (мл.) (при наличии)
8. Отметка о наличии производственного брака (дефект гемоконтейнера, не достигнутый заданный объем крови/компонента, неудачная венепункция, другое) (при наличии)
9. Наименование отделения, куда передается заготовленная доза
10. Регистрация симптомов неблагоприятной реакции у донора, связанной с эксфузией (при наличии), объем медицинской помощи, оказанной донору (кратко)
11. Идентификатор специалиста, выполнившего эксфузию

12. Состав бригады, выполнявшей заготовку

Форма № 130/у "Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения"

1. Дата заготовки
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код) крови / компонента
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность
5. **Учет количества компонентов крови, полученных из заготовки осуществляется в мл. и дозах, отдельно по каждому наименованию (эритроцитсодержащих, плазменных, других клеток крови) в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции
6. Наименование отделения, куда выдается доза отдельно по каждому наименованию (эритроцитсодержащих, плазменных, других клеток крови) в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции
7. Дата выдачи
8. Идентификатор специалиста, выполнившего выдачу

Форма № 131/у "Форма учета производства компонентов донорской крови"

1. Дата производства компонента
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код) компонента
3. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность
4. **Учет производства компонентов крови, полученных из крови цельной, стабилизированной консервантом, осуществляется в мл. и дозах, в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, отдельно по эритроцитсодержащим, плазменным компонентам и другим клеткам крови
5. Учет производственного брака, осуществляется по отдельным видам компонентов, в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, при этом указывается объем/количество в мл. и дозах и причина брака
6. Наименование отделения, куда передается продукция
7. Идентификатор специалиста, осуществившего производство

Форма № 132/у "Форма учета заявок на трансфузионные среды"

1. Дата
2. Время поступления заявки
3. Тип заявки (экстренная, плановая) и время исполнения (при необходимости)
4. Цель заявки (адресная, пополнение резервов)
5. Наименование МО -заявителя
6. Фамилия, инициалы врача- заявителя

7. Данные о пациенте (фамилия, инициалы, возраст, диагноз (кратко) пациента) (заполняется при адресной заявке)

8. **Заявлено (наименование продукции, группа крови по системе АВО, резус принадлежность, количество (доз/мл)

9. **Отпущено (наименование продукции, группа крови по системе АВО, резус принадлежность, количество (доз/мл)

10. Время отправления заявленной продукции

11. Идентификатор(ы) специалиста(ов), выполнившего(их) прием заявки и выдачу продукции

Форма № 133/у "Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства"

1. Дата

2. Идентификационный номер (марка, штрих-код) компонента

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

4. Дата заготовки

5. Дата лабораторного тестирования

6. **Наименование компонента (эритроциты, плазма, другие клетки крови) в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции

7. Причина списания

8. Номер акта списания

9. Дата списания

10. Идентификатор специалиста, выполнившего списание

Форма № 134/у "Форма учета карантинизации плазмы"

1. Номер холодильника/полки

2. Дата закладки на карантинизацию

3. Идентификационный номер (марка, штрих-код) донора

4. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)

5. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность

6. **Учет плазмы осуществляется по наименованию, объему (л) и количеству контейнеров

7. Дата окончания карантинизации

8. Дата повторного обследования

9. Результаты повторного обследования донора и дата их выполнения (ВИЧ, HCV, HBsAg, сифилис, ПЦР)

10. Выдано (дата, количество (доз/л)

11. Наименование отделения, куда выдана продукция

12. Идентификатор специалиста, выполнившего выдачу

Форма № 135/у "Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации"

1. Дата/период

2.** Наименование продукции (учет осуществляется соответственно групповой принадлежности по системе АВО, отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3.**Остаток (доз/л) на истекший период (день, месяц, год)

4.**Приход (доз/л) в текущем периоде

5.**Всего на хранении (доз/л) в текущем периоде

6.**Расход (доз/л) в текущем периоде

7.**Остаток (доз/л) в текущем периоде

8. Идентификатор специалиста, выполнившего учет

Форма № 136/у "Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе"

1. Наименование трансфузионной среды

2. Группа крови по системе АВО, резус-принадлежность

3. Количество

4. Срок исполнения

5. Идентификаторы ответственных лиц, сделавшего заказ и принявшего заказ

Форма № 137/у "Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов"

1. Дата выдачи продукции

2. **Наименование продукта (учет осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, группе крови по системе АВ0 и резус принадлежности (фенотип по антигенам системы Резус указывается при наличии данных)

3. Дата заготовки (производства)

4. Срок годности

5. Количество выданной продукции (для компонентов крови в дозах/мл.)

6. Номер накладной на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов

7. Наименование медицинской организации куда выдается продукция

8. Идентификатор отпустившего продукцию

Форма № 138/у "Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции"

1. **Наименование продукта (учет компонентов крови осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой

выпускаемой продукции, группе крови по системе АВ0 и резус принадлежности (фенотип по антигенам системы Резус указывается при наличии данных))

2. Единица измерения

3. Остаток на начало периода

4. Приход -всего получено, в том числе из какого источника

5. Расход – всего выдано, в том числе куда (наименование медицинской организации/отдела/отделение) куда выдается продукция

6. Списано всего, в том числе по причине (указать причину)

7. Остаток на конец периода

8. Идентификатор отпустившего продукцию

Форма № 139/у "Акт списания компонентов крови"

1. Номер акта

2. Дата составления

3. Состав комиссии по списанию

4. Код донации

5. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)

6. Группа крови, резус принадлежность

7. Наименование компонента крови

8. Количество (мл)

9. Дата заготовки

10. Причина списания

11. Всего по наименованиям компонентов в дозах и объеме (мл.)

12. Идентификатор(ы) ответственного(ых) лица

Форма № 140/у "Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований"

1. Дата поступления образцов

2. Время доставки образцов в лабораторию

3. Идентификационные номера с _ по _

4. Количество образцов по кодам

5. Код контингента

6. Отделение, откуда доставлены образцы

7. Идентификатор ответственного лица

Форма № 141/у "Ведомость результатов первичных лабораторных исследований до донации"

1. Дата исследования

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

3. Идентификационный номер (марка, штрих-код) донации

4.**Результат иммуногематологического исследования (группа крови по системе АВ0, резус- принадлежность, Келл – антиген)

5.**Результат общеклинического обследования (гемоглобин г/л, эритроциты 1 х 1012/л, гематокрит %, лейкоциты 1х 109/л, тромбоциты 1х109/л), лейкоформула, СОЭ мл/час)

6.**Результат биохимического исследования (АЛТ, время свертывания крови (мин))

7. Идентификатор ответственного лица

Форма № 142/у "Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных иммуногематологических исследований крови"

1. Наименование МО/отделения, направившего образец
2. Дата и время поступления образца
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, от которого забран образец крови
4. Возраст
5. Диагноз (кратко)
6. Дата проведения первого исследования (если проводилось)
7. Результаты первого иммуногематологического исследования (группа крови по системе АВО, резус принадлежность) (если проводилось)
8. Идентификатор лица, проводившего первое исследование и его контактные данные (телефон, адрес электронной почты)
9. Причина лабораторного брака
10. **Наименование лабораторного исследования (исследование группы крови по системе АВО перекрестной реакцией, резус принадлежности, фенотипа, скрининг и (или) идентификация ауто и (или) алло нерегулярных антиэритроцитарные антител , субкласса нерегулярных антиэритроцитарных антител, антиглобулинновый тест)
11. Результаты лабораторного исследования
12. Идентификатор ответственного лица, выполнившего исследование
13. Дата выдачи результата анализа
14. Идентификатор ответственного лица, выдавшего результаты анализов

Форма № 143/у "Форма учета изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов"

1. Серия
2. Дата изготовления
3. Идентификационный номер (марка, штрих-код) компонента крови
4. Откуда получено

5. **Группа крови по системе АВ0
6. **Фенотип
7. **Агглютинабельность
8. **Титр антигенов А,В
9. Объем компонента крови в мл. (общий, использованный, остаток)
10. Консервант (серия, объем в мл.)
11. Стандартные эритроциты (объем, срок годности)
12. Идентификатор ответственного лица

Форма № 144/у "Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови"

1. Дата направления
2. Наименование организации
3. Дата рождения
4. Результат иммуногематологического исследования образца крови реципиента из направляющей организации
5. **Результат иммуногематологического исследования образца крови реципиента в специализированной лаборатории (группа крови по АВ0, фенотип, другие антигены, полные нерегулярные антиэритроцитарные антитела/специфичность, неполные нерегулярные антиэритроцитарные антитела, специфичность, компонент комплемента С3, в том числе метод исследования, результат)
6. Информация о донорском компоненте (код донации, группа крови по системе АВ0, фенотип системы резус)
7. **Исследование индивидуальной совместимости крови реципиента и донора (по полным антиэритроцитарным антителам, по неполным антиэритроцитарным антителам, в том числе метод исследования, результат)
8. Заключение
9. Наименование трансфузионной среды)
10. Идентификатор ответственного лица

Форма № 145/у "Ведомость результатов биохимических исследований до донации"

1. Дата исследования
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
3. Идентификационный номер (марка, штрих-код) донации
4. ** Общий белок, белковые фракции г/л АЛТ*ед/л
5. Идентификатор ответственного лица

Форма № 146/у "Форма учета повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции"

1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Отделение, откуда доставлены образцы
5. **Первая реакция (дата постановки, название реагента, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
6. **Вторая реакция (дата постановки, название реагента, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
7. **Третья реакция (дата постановки, название реагента, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
8. Окончательный результат
9. Идентификаторы ответственных лиц, выполнивших первую, вторую и третью реакцию, а также принявших окончательный результат

Форма № 147/у "Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции"

1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Отделение, откуда доставлен образец
5. Код контингента
6. **Результаты исследования ПЦР пула (дата, результат (РНК ВИЧ, РНК ВГС, РНК ВГВ)цикл ВКО (внутренний контрольный образец)
7. **Результаты исследования ПЦР образца (дата, результат (РНК ВИЧ, РНК ВГС, РНК ВГВ)цикл ВКО (внутренний контрольный образец)
8. Идентификаторы ответственных лиц, выполнивших исследования

Форма № 148/у "Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора"

1. Код донации
2. ИИН
3.Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
4. Число, месяц, год рождения
5. Тип/качество первичной пробы
6. Дата/время забора пробы
7. Дата/время поступления проб в лабораторию

8. **Результаты лабораторных исследований предоставляются с указанием референсных показателей, установленных для каждого лабораторного показателя, даты и времени получения результата, а также идентификатора сотрудника, выполнившего лабораторное исследование.

9. Дата, время распечатки общего отчета

10. Идентификатор специалиста, распечатавшего общий отчет

Форма № 149/у "Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ"

1. Идентификационный номер образца крови

2. Идентификационный номер донации

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

4. Дата рождения

5. Отделение, откуда доставлен образец

6. Код контингента

7. **I – реакция (дата постановки, название тест-системы, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)

8. **2 – реакция (дата постановки, название тест-системы, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)

9. **3– реакция (дата постановки, название тест-системы, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)

10. Окончательный результат перестановок

11. Дата отправки пробы в центр СПИД

12. Номер направления в центре СПИД

13. Результат Центра СПИД (дата, лабораторный номер (ИФА, ИБ)) результат)

14. Окончательный результат исследования

15. Идентификаторы ответственных лиц, выполнивших исследования

Форма № 150/у "Форма учета результатов контроля качества компонентов крови"

1. Наименование компонента крови

2. Идентификационный номер компонента

3. Дата заготовки

4. Дата проведения контроля

5. **Результаты контроля (объем (мл), макрооценка, гемоглобин/г/доза гематокрит, гемолиз в конце хранения %, эритроциты 1х1012/л, лейкоциты 1х109/л, тромбоциты 1х109/л, гранулоциты, количество белка в надосадочной жидкости г/доза, pH, осмолярность, заключение)

6. Идентификатор ответственного лица

Форма № 151/у "Форма учета результатов бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров"

1. Дата
2. Регистрационный номер
3. Отделение
4. Место взятия смыва (руки, локтевой сгиб)
5. Средство, использованное для обработки рук и локтевых сгибов
6. Фамилия, имя, отчество сотрудника, проводившего обработку
7. **Метод исследования
8. Дата посева, питательная среда
9. Результат исследования
10. Дата окончания исследования
11. Идентификатор ответственного лица проводившего исследование

Форма № 152/у "Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата"

1. Наименование компонента крови
2. Идентификационный номер компонента
3. Группа крови по системе АВО
4. Дата заготовки
5. Дата производства
6. Объем (мл)
7. Дата проведения контроля
8. **Результаты исследования до заморозки, в конце первого месяца хранения (показатели - факторVIII, %, фибриноген г/л, фактор VIII %)
9. Заключение
10. Идентификатор ответственного лица проводившего исследование

Форма № 153/у "Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства"

1. Код донации
2. Код продукции
3. ** Наименование продукта (учет осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)
4. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
5. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность
6. Фенотип по системе Резус (при наличии)
6. Дата заготовки

7. Количество (доз/мл.)

8. Макрооценка продукции при выдаче

9. Идентификатор отпустившего продукцию

10. Макрооценка продукции при приеме

11. Идентификатор принимающего продукцию

Форма № 154/у "Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов"

1. Номер накладной

2. Дата выдачи

3. Время выдачи

4. Наименование организации получателя

5. Наименование организации отправителя

6. **Наименование продукта (учет осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, для тромбоцитов дополнительно указывается количество клеток, группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность, фенотип по системе Резус (при наличии), дата заготовки, срок годности

7. Количество выданной продукции (доз/мл.)

8. Макрооценка продукции при выдаче

9. Идентификатор отпустившего продукцию

Форма № 155/у "Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции"

1. Дата списания

2. Идентификационный номер (марка, штрих-код) компонента крови

3. **Наименование (учет компонентов крови осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, группе крови по системе АВ0 и резус принадлежности

4. Объем в дозах/л.

5. Дата заготовки

6. Срок годности

7. Причина списания

8. Номер акта списания

9. Наименование отделения/организации куда направляется списанный компонент крови

10. Идентификатор ответственного лица

Форма № 156/у "Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций"

1. Дата, время доставки образца крови в лабораторию
2. Идентификационный номер пробирки
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
4. Пол донора
5. Дата, месяц, год рождения донора
6. Идентификационный код донации
7. Код контингента
8. Дата и время забора пробы
9. Наименование отделения где забран образец
10. **Результаты лабораторного исследования (ИХЛА HIV 1.2, ИХЛА HBsAg, ИХЛА a-HCV, ИХЛА сифилис, ПЦР (HIV1.2, HBV, HCV)
11. Дата заполнения списка
12. Идентификатор лица, заполнившего ведомость
13. Дата исследования
14. Идентификатор врача, выполнившего исследование

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

Перечень форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения

1. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1.	Медицинская карта стационарного пациента	001/у	В электронном формате	25 лет
2.	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	002/у	В электронном/ бумажном формате	5 лет
3.	Форма учета движения крови, ее компонентов, препаратов, и диагностических стандартов	003/у	В электронном формате	5 лет
4.	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	004/у	В электронном формате	5 лет
5.	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	005/у	В электронном формате	1 год
6.	Форма учета переливания крови, ее компонентов, препаратов	006/у	В электронном формате	5 лет

7.	Форма учета реципиентов крови и ее компонентов	007/у	В электронном формате	5 лет
8.	Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	008/у	В электронном формате	5 лет
9.	Акт констатации биологической смерти/ изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга	009/у	В электронном формате	25 лет
10.	Журнал учета консервированного костного мозга	010/у	В электронном формате	25 лет
11.	Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	011/у	В электронном формате	25 лет
12.	Статистическая карта выбывшего из стационара	012/у	В электронном формате	1 год
13.	Форма учета отделения (палаты) новорожденных	013/у	В электронном формате	5 лет
14.	Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 014/у	В электронном формате	5 лет
15.	Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 015/у	В электронном формате	5 лет
16.	Форма учета регистрации больных туберкулезом	ТБ 016/у	В электронном формате	5 лет
17.	Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 017/у	В электронном формате	5 лет
18.	Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов	ТБ 018/у	В электронном формате	5 лет

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

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Форма учета операций/манипуляций	019/у	В электронном формате	25 лет
2	Форма учета родов	020/у	В электронном формате	25 лет
3	Форма учета медицинского освидетельствования,	021/у	В	5 лет

	справок		электронном формате	
4	Карта диализа	022/у	В электронном формате	25 лет
5	Журнал учета разведенных цитостатиков	023/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
6	Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении	024/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
7	Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	025/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
8	Заключение врачебно - консультационной комиссии	026/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
9	Справка	027/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
10	Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта, (в том числе из государства-члена ЕАЭС)	028/у	В бумажном формате	3 года
11	Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности	029/у	В электронном формате	3 года
12	Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	030/у	В электронном формате	1 год
13	Заключение на медико-социальную экспертизу	031/у	В электронном формате	1 год
14	Журнал регистрации и реабилитации инвалидов	032/у	В электронном формате	3 года
15	Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	033/у	В электронном формате	3 года
16	Извещение	034/у	В электронном формате	3 года
17	Форма учета медицинских услуг	035/у	В электронном	1 год

			формате	
18	Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	036/у	В электронном формате	3 года
19	Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	037/у	В электронном формате	3 года
20	Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности	038/у	В электронном формате	3 года
21	Заключение судебно-психиатрической экспертизы	039/у	В электронном/ бумажном формате	25 лет
22	Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	040/у	В электронном/ бумажном формате	до минования надобности
23	Медицинское свидетельство о рождении	041/у	В электронном/ бумажном формате	5 лет
24	Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	042/у	В электронном/ бумажном формате	до минования надобности
25	Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	043/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
26	Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	044/у	В бумажном формате	до минования надобности
27	Медицинское свидетельство о смерти	045/у	В электронном формате	15 лет
28	Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	046/у	В электронном/ бумажном формате	15 лет
29	Реабилитационная карта	047/у	В электронном формате	5 лет
30	Обменная карта беременной и родильницы	048/у	В бумажном формате	3 года
31	Журнал регистрации аварийных ситуаций	049/у	В бумажном формате	5 лет

32	Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	050/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
33	Карта учета материнской смертности	051/у	В электронном/ бумажном формате	1 год

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

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Медицинская карта амбулаторного пациента	052/у	В электронном формате	1 год
2	Талон на прием к врачу	053/у	В электронном формате	до минования надобности
3	Статистическая карта амбулаторного пациента	054/у	В электронном формате	1 год
4	Карта профилактического осмотра (скрининга)	055/у	В электронном формате	5 лет
5	Форма учета записи вызовов врачей на дом	056/у	В электронном формате	1 год
6	Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	057/у	В электронном формате	1 год
7	Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)	058/у	В электронном формате	5 лет
8	Карта обратившегося за антирабической помощью	059/у	В бумажном формате	3 года
9	Лечебная карта допризывника	060/у	В бумажном формате	5 лет
10	Именной список допризывников для систематического лечения	061/у	В бумажном формате	5 лет
11	Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг	062/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
12	Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	063/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
13	Талон прикрепления к медицинской организации	064/у	В электронном формате	1 год
14	Карта профилактических прививок	065/у	В электронном/ бумажном формате	5 лет
15	Журнал учета профилактических прививок	066/у	В электронном/ бумажном	3 года

			формате	
16	Журнал движения вакцин	067/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
17	Справка для получения путевки	068/у	В бумажном формате	3 года
18	Санаторно-курортная карта	069/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
19	Путевка в детский санаторий	070/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
20	Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	071/у	В бумажном формате	до минования надобности
21	Медицинская справка (для выезжающего за границу)	072/у	В бумажном формате	до минования надобности
22	Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	073/у	В электронном формате	до минования надобности
23	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	074/у	В бумажном формате	до минования надобности
24	Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	075/у	В электронном формате	до минования надобности
25	Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	076/у	В электронном/ бумажном формате	3 года
26	Индивидуальная карта беременной и родильницы	077/у	В электронном формате	5 лет
27	Рецепт	078/у	В электронном формате	1 год
28	Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	079/у	В электронном/ бумажном формате	до минования надобности
29	Форма учета амбулаторных посещений	080/у	В электронном формате	1 год
30	Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 081/у	В электронном формате	5 лет
31	Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 082/у	В электронном формате	5 лет
32	Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики	083/у	В электронном/ бумажном формате	до минования надобности

	Казахстан			

4. Формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций

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

12	Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	095/у	В электронном/ бумажном формате	25 лет
13	Бракеражный журнал	096/у	В бумажном формате	3 года

5. Формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Направление	097/у	В электронном формате	1 год
2	Результат	098/у	В электронном формате	1 год
3	Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам	099/у	В электронном формате	1 год
4	Журнал контроля посуды и питательных сред	100/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
5	Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	101/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
6	Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	102/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
7	Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	103/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
8	Форма учета лабораторных и диагностических исследований	104/у	В электронном формате	1 год
9	Журнал регистрации микробиологических исследований смывов	105/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
10	Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии	106/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
11	Журнал движения первичной пробы	107/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
12	Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер	108/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
13	Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин	109/у	В электронном/ бумажном формате	1 год

14	Рабочий журнал микробиологических исследований	110/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
15	Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	111/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
16	Журнал приготовления и контроля питательных сред	112/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
17	Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав)	113/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
18	Рабочий журнал исследований на стерильность	114/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
19	Журнал регистрации серологических исследований	115/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
20	Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	116/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
21	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	117/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
22	Акт входного контроля	118/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
23	Акт приема - передачи образцов для исследования	119/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
24	Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП	ТБ 120/у	В электронном формате	3 года
25	Лабораторный регистрационный журнал (для лабораторий противотуберкулезных организаций)	ТБ 121/у	В электронном формате	3 года
26	Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ	ТБ 122/у	В электронном формате	3 года

6. Формы медицинской учетной документации организаций службы крови

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции	123/у	В электронном формате	до минования надобности
2	Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований	124/у	В электронном формате	до минования надобности

3	Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции	125/у	В бумажном формате	5 лет
4	Форма медицинской карты донора крови и ее компонентов	126/у	В электронном формате	до минования надобности
5	Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов	127/у	В электронном формате	до минования надобности
6	Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований	128/у	В электронном формате	до минования надобности
7	Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза	129/у	В электронном формате	до минования надобности
8	Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения	130/у	В электронном формате	до минования надобности
9	Форма учета производства компонентов донорской крови	131/у	В электронном формате	до минования надобности
10	Форма учета заявок на трансфузионные среды	132/у	В электронном формате	до минования надобности
11	Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства	133/у	В электронном формате	до минования надобности
12	Форма учета карантинизации плазмы	134/у	В электронном формате	до минования надобности
13	Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации	135/у	В электронном формате	до минования надобности
14	Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе	136/у	В бумажном формате	1 год
15	Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов	137/у	В электронном формате	до минования надобности
16	Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	138/у	В электронном формате	до минования надобности
17	Акт списания компонентов крови	139/у	В электронном формате	до минования надобности
18	Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	140/у	В электронном формате	до минования надобности
19	Ведомость результатов первичных лабораторных	141/у	В	до минования

	исследований до донации		электронном формате	надобности
20	Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных иммуногематологических исследований крови	142/у	В бумажном формате	5 лет
21	Форма учета изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов	143/у	В бумажном формате	5 лет
22	Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови	144/у	В бумажном формате	5 лет
23	Ведомость результатов биохимических исследований до донации	145/у	В электронном формате	до минования надобности
24	Форма учета повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	146/у	В бумажном формате	5 лет
25	Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	147/у	В бумажном формате	5 лет
26	Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора	148/у	В электронном формате	до минования надобности
27	Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	149/у	В бумажном формате	5 лет
28	Форма учета результатов контроля качества компонентов крови	150/у	В бумажном формате	5 лет
29	Форма учета результатов бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	151/у	В бумажном формате	5 лет
30	Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	152/у	В бумажном формате	5 лет
31	Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства	153/у	В электронном формате	5 лет
32	Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов	154/у	В электронном формате	до минования надобности
33	Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	155/у	В электронном формате	до минования надобности
34	Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций	156/у	В электронном формате	до минования надобности

Приложение 8 к приказу
Исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/2020

"МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ КӨРСЕТУ АҚАУЛАРЫН ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ (МҚАЕ)" №157/е нысан

Форма № 157/у "КАРТА УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ДОМУ)"

1. Картаның тіркеу нөмірі КТН

Регистрационный номер карты РНК

2. Карта:

☐

– бірінші рет (первичная)

☐

– екінші рет (вторичная)

3. Тегі (фамилия)_____ аты (имя)_____

әкесінің аты (отчество) _____

4. Ұлты (национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/ кк/аа/ жжжж (дд/мм/гггг)

6. Жасы (возраст) _____ толық жасы (полных лет)

7. Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

_____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген медициналық ұйымдар

(Медицинская организация на уровне которой допущены дефекты оказания медицинских услуг) _____

9. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

10. Қорытынды диагноз (Диагноз заключительный)
АХЖ-10 коды
(Код МКБ-10)

a) негізгі (основной):	
b) қосарласқан (сопутствующий):	
c) асқынулар (осложнения):	

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау
Экспертная оценка качества медицинской помощи

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керектісін сызу)
ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

0 – белгісіз (неизвестно);

1 – бақыланбаған (не наблюдался);

2 – ақаулар табылмады (дефектов не выявлено);

3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

4 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

4.1 – зерттеп-қаралмаған (не обследован),

4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес (неполное лабораторно-инструментальное обследование),

4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі (недостатки консультативной помощи профильных специалистов);

5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

5.1 – толық (полные),

5.2 – толық емес (не полные),

5.3 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

5.4 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

5.5 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

6 – науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния больного);

7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования);

8 – барабар емес терапия (неадекватная терапия):

8.1 – емдеу жүргізілмеген (лечение не проведено),

8.2 – толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

8.3 – айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

9 – емдеуге жатқызудың болмауы (отсутствие госпитализации):

9.1 – ұсынылған (рекомендовано),

9.2 – ұсынылмаған (не рекомендовано);

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу (запоздалая госпитализация);

11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды диспансерлеудің сапасы мен жүйелілігі (качество и регулярность диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний):

11.1 – стандарттар сақталған (стандарты соблюдаются),

11.2 – стандарттар сақталмаған (стандарты не соблюдаются),

11.3 – диспансерлеу жасалмаған (диспансеризация не проводилась);

12 – емдеу нәтижесі (результаты лечения):

12.1 – өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

12.2 – нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

12.3 – нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі салдарынан стационарға емдеуге жатқызу (госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне);

13 – ұсынымның болуы (наличие рекомендаций):

13.1 – жоқ (отсутствуют),

13.2 – толық емес (не полные),

13.3 – толық (полные).

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керектісін сызу) ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы (нарушение транспортировки до госпитализации в стационар);

1 – ақаулар анықталмаған (дефектов не выявлено);

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары (дефекты госпитализации):

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту (необоснованный отказ в госпитализации),

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар (жалобы на качество оказанных медицинских услуг),

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттен дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту (привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП),

2.4 – өлім жағдайы (случаи летальных исходов) алдын-алуға болатын (предотвратимые),

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары (случаи осложнений, возникающих в результате лечения),

2.6 – аурудың "нашарлау" нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.7 – аурудың "өзгеріссіз" нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения направительного и клинического диагнозов),

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары

(случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов);

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару

(досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях);

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

4.1 – толық емес (не полные),

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

4.3 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

4.4 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі (недостатки диагностики):

5.1 – толық емес (неполная),

5.2 – уақтылы емес (несвоевременная),

5.3 – жағдайдын ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния),

5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

6 – диагноздағы қателіктер (ошибка в диагнозе):

6.1 – толық диагноз (диагноз полный) барлық диагноздар көрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),

6.2 – диагнозы толық емес (диагноз не полный),

6.3 – диагнозы белгіленбеген (диагноз не установлен);

7 – стационарда науқастың қысқа мерзімде болуы (кратковременное пребывание больного в стационаре) 3 тәуліктен аз (менее 3 суток);

8 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау (недоучет анамнестических и клинических данных),

8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау

(недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования),

8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі

(недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов),

8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау

(недоучет или переоценка заключений консультантов),

8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау (назначение обследований без показаний),

8.6 - дәрігерлер консилиумы (консилиум врачей) айғақтар бойынша (по показаниям):

8.6.1 - толық және уақтылы жасалған (проведен в полном объеме и своевременно),

8.6.2 – жасалмаған (не проведен);

9 – барабар терапия берілмеген (неадекватная терапия):

9.1 - толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

9.2 - айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша)

оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер (недостатки в проведении оперативного вмешательства):

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар (запоздалое оперативное вмешательство),

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі (неадекватный объем и метод оперативного вмешательства),

11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар (технические дефекты при операции),

11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар (операции без должных показаний),

11.5 - барабар емес анестезия (неадекватная анестезия),

11.6 - мүмкін асқынулардың профилактикасының болмауы (отсутствие профилактики возможных осложнений),

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы (отсутствие трансфузионных средств);

12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

12.1 – толық (полные),

12.2 – толық емес (не полные),

12.3 - диагнозына сәйкес емес (не соответствуют диагнозу),

12.4 - анамнезі көрсетілмеген (анамнез не указан),

12.5 - анамнезі толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

13 - емдеу нәтижелері (результаты лечения):

13.1 - өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

13.2 - нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

13.3 - нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка);

14 - ұсынымдардың болуы (наличие рекомендаций):

14.1 – жоқ (отсутствуют),

14.2 – толық емес (не полные),

14.3 – толық (полные).

III. Патологоанатомиялық зерттеулердің және/немесе сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

Результаты патологоанатомических исследований и/или судебно-медицинских экспертиз

1. Патологоанатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі. Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы	Операциялық және биопсиялық материалдарды зерттеу (Исследование операционного ибиопсийного материала)

Патолого-анатомиялық немесе сот-медициналық диагноз /АХЖ-10 коды (Патолого-анатомический или судебно-медицинский диагноз/код по МКБ-10)	Клиникалық және патолого-анатомиялық, сот-медициналық диагноздардыңқ-састығы (Совпадение клинического и патолого-анатомического, судебно-медицинского диагнозов)	Клиникалық және патологоанатомиялық (сот-медициналық) диагноздарды қайырмашылықтары (Расхождение клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов	Ятрогения (Ятрогении)	

	I санат (катег о-рия)	II санат (катег о-рия)	III санат (катег о-рия)	I санат (кате - гория)	II санат (катег о-рия)	III санат (категори я)	Клиникалықдиаг ноз (клини-ческийдиагноз)	Гистологиялыққорыты нды (гистологическое заключение)
а негізгі (основной)/(код)								
в қосарласқан (сопутствующий)/(к од)								
с асқыну (осложнения)/(код)								

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керектісін сызу):

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

0 - ескертулер жоқ (нет замечаний);

1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес (нерегулярное наблюдение врача);

2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау (выполнение рекомендаций врача):

2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау (регулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау (нерегулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау (невыполнение рекомендаций);

3 - криминалдық араласу (криминальное вмешательство);

4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту (отказ от предложенного амбулаторного лечения);

5 - емдеуге жатқызудан бас тарту (отказ от госпитализации);

6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру (задержка с обращением за медицинской помощью);

7 - стационардан өз еркімен кету (самовольный уход из стационара).

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керектісін сызу)

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

1 - пациентті уақтылы емдеуге жатқызу (своевременная госпитализация пациента);

2 - әлеуметтік саламаттылық (социальное благополучие);

3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау (более ранняя диагностика патологического состояния);

4 - зерттеудің қосымша әдістері (дополнительные методы исследования) УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер (УЗИ, рентгенодиагностика и другие исследования);

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар қорытындыларын дұрыс түсіндіру (правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов);

6 - уақтылы барабар емдеу оның ішінде оперативтік (своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное);

7 - мамандардың біліктілігі (квалификация специалистов).

VI. Қосымша мәлімет (керектісін сызу)

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - деректер жоқ (данных нет);

1 - ятрогендік себептер (ятрогенные причины):

1.1 – бар (нет), 1.2 – жоқ (есть) _____

VII. Өлімінің алдын алу (керектісін сызу)

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – алдын-алуға болатын (предотвратима);

2 – шартты алдын-алуға болатын (условно предотвратима);

3 – алдын-алу мүмкін емес (непредотвратима).

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) "__" _____ 20 __ ж. (г.)

Оператордың Т.А.Ә. (Ф.И.О. оператора)_____

Қартаның енгізілген күні (Дата ввода карты) "___" _____ 20 ___ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің X қайта қаралымы бойынша коды

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

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

УЗИ – ультразвуковое исследование

Приложение 9 к приказу
Исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/2020

Перечень приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, признанных утратившими силу

1. Приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6697, опубликован 11 июня 2011 года в газете "Казахстанская правда" № 185-186 (26606-26607));

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2011 года № 583 "О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7239, опубликован в Бюллетене нормативных правовых актов центральных исполнительных и иных государственных органов Республики Казахстан, 2012 г., № 3, ст. 447);

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июня 2012 года № 439 "О внесении изменения и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной

регистрации нормативных правовых актов под № 7810, опубликован 12 сентября 2012 года в газете "Юридическая газета" № 136 (2318);

4. Приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 июля 2012 года № 514 "О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7898, опубликован в газете "Казахстанская правда" от 19.02.2013 г., № 61-62 (27335-27336);

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 марта 2013 года № 127 "О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8422, опубликован в газете "Казахстанская правда" от 26.10.2013 г. № 302 (27576);

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 марта 2015 года № 153 "О внесении дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10570, опубликован 1 апреля 2015 года в Информационно-правовой системе "Әділет";

7. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июля 2016 года № 665 "О внесении дополнения в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14204, опубликован 16 ноября 2016 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов РК в электронном виде);

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2017 года № 92 "О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной

регистрации нормативных правовых актов под № 15051, опубликован 30 мая 2017 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов РК в электронном виде);

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2018 года № ҚР ДСМ-48 "О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 18147, опубликован 14 января 2019 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов РК в электронном виде);

10. Подпункт 2) пункта 1 приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 июля 2019 года № ҚР ДСМ-106 "О внесении изменений и дополнение в некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19072, опубликован 31 июля 2019 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов РК в электронном виде);

11. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147 "О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 19692, опубликован 10 декабря 2019 года в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов РК в электронном виде).

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