

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ и.о. Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 9 июля 2025 года №
64. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 14 июля
2025 года № 36441Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

**О внесении изменений в приказ исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении
форм учетной документации в области здравоохранения,
а также инструкций по их заполнению»**

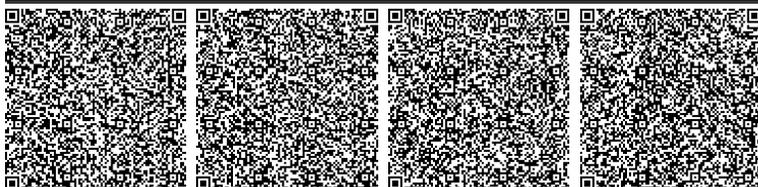
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения:

преамбулу изложить в следующей редакции:

«В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также Законом Республики Казахстан «О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания», **ПРИКАЗЫВАЮ:**»;

приложения 1, 2, 3 и 7 вышеуказанного приказа изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3 и 4 к настоящему приказу.



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на
данный документ в ЭКБ НПА РК

2. Департаменту стратегии и развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

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

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

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

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

**Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан**

Т. Султангазиев

Приложение 1 к приказу
Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 9 июля 2025 года
№ 64

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. ФИО (при его наличии) _____

3. Дата рождения – « _____ » _____ 20 _____ год

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. Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях
уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

16. Пациент направлен _____

17. Тип госпитализации _____

18. Код госпитализации _____

19. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

20. Диагноз направившей организации _____

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

ФИО (при его наличии)	Кем приходится	Телефон
-----------------------	----------------	---------

Первичный осмотр врача приемного покоя при госпитализации:

1. Дата и время осмотра – « ___ » _____ 20__ год _____

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

кожно-венерологические заболевания

да

нет

Гепатит

да

нет другое

Вирусный гепатит

да

нет

Корь, краснуха

да

нет

Ветряная оспа

да

нет

эпидемический паротит

да

нет

ВИЧ/СПИД

да

нет

коронавирусная инфекция COVID-19

да

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными пациентами не был

7. Объективные данные _____

8. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

9. Диагноз при поступлении _____

10. Предварительный диагноз _____

11. Оценка риска падения

да

нет

12. Оценка боли

есть

нет

. Сортировка пациента (приемный покой)

13. Дата и время госпитализации « ____ » _____ 20 ____

год _____

14. Сортировка по триаж-системе _____

15. Идентификационный бейдж пациента

16. Инструктаж пациента _____

17. Санитарная обработка

да

нет (если да, указать время, объем обработки, показания)

18. Вид транспортировки _____

19. Признаки инфекций:

есть

нет

Заполняется при наличии:

повышенная температура тела

рвота

диарея

сыпь

насморк

кашель

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: ФИО (при его наличии), ID

Раздел 2. Первичный осмотр лечащего врача:

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка – « ____ »

_____ 20__ год

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: ФИО (при его наличии), ID _____

Заполняется при родах:

1. Дата и время родов – « ____ » _____ 20 ____ год

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: ФИО (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 ФИО (при его наличии), ID _____

*Завершение внесения данных о пролеченном случае в форму № 001/у «Медицинская карта стационарного пациента» (далее – медицинская карта) осуществляется в день выписки пациента из стационара. Введенные данные в медицинскую карту после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований.

В случае смерти пациента, медицинская карта передается в патологоанатомическое бюро (далее - ПАБ)/центральное патологоанатомическое бюро области (далее - ЦПАО)/патологоанатомическое отделение (далее - ПАО) не позднее 10 часов утра дня, следующего после дня установления факта смерти. После факта передачи медицинской карты в ПАБ/ЦПАО/ПАО ведение, формирование и корректировка данных осуществляться не может, за исключением случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических исследований, проведенных при жизни пациента, а также ввода патологоанатомического диагноза после патологоанатомического вскрытия.

Вкладной лист 1
к медицинской карте
стационарного пациента

Объективный статус пациента

1. Дата и время осмотра « ____ » _____ 20 ____ год _____
2. Рост (при поступлении и необходимости от профиля МО) _____
3. Вес (при поступлении и необходимости от профиля МО) _____
4. ЧСС _____
5. ЧДД _____
6. АД _____
7. Температура _____
8. Количество выпитой жидкости _____
9. Наличие/отсутствие стула и мочеотделения _____
10. Общее состояние (психоэмоциональный статус, внешний вид, нравственные нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память, самоконтроль жизнеобеспечения, трудоспособность, выполняемая работа, сон и отдых, сексуальная удовлетворенность, нарушение дыхания, кашель, потребность в кислороде, система кровообращения, аппетит, язык, повседневный рацион и

режим

питания, зависимость от посторонней помощи при приеме пищи, причины расстройства приема пищи, совет по поводу соблюдения диеты, состояние мочевыделительной системы, количество потребления жидкости, водный баланс)

(в зависимости от профиля МО) _____

_____ :

11. Физиологические отправления (физиологические отправления сопровождаются, суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря, характер мочи, дизурические расстройства, мочеиспускание, применение мочегонных средств, зависимость от посторонней помощи при мочеиспускании, суточная регулярность самостоятельного опорожнения кишечника, характер кала, запоры, поносы, дефекация, применение слабительных средств, зависимость от посторонней помощи при дефекации) (в зависимости от профиля МО)

_____ :

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

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии), ID врача

_____.

Дневник

1. Дата и время осмотра « ____ » _____ 20 ____ год _____
 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: ФИО (при его наличии), ID врача _____.

Вкладной лист 3
к медицинской карте
стационарного пациента

Информированное согласие пациента

В соответствии с п. 3 статьи 134 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Медицинская помощь предоставляется после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

ИИН _____.

ФИО (при его наличии) (полностью) _____

Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

Дата рождения - « ____ » _____ 20 ____ год

Находясь в МО (наименование МО)

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

1) Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2) Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

3) Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

4) Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь): наследственность; аллергические проявления; индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания; потребление табачных изделий; злоупотребление алкоголем; злоупотребление наркотическими средствами; перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия; экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности; принимаемые лекарственные средства.

5) Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

б) Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство

Подпись заявителя: _____ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: ____ / ____ /20__ г.

Врач: _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись: _____

Мною врачом (лечащий/дежурный) подчеркнуть необходимое Ф.И.О. (при его наличии) (полностью) _____;

1) разъяснены информация о возможном риске и преимуществах, предлагаемых инвазивных вмешательствах и альтернативных методах лечения (процедурах), сведения о возможных осложнениях во время проведения инвазивных вмешательствах и последствиях отказа от лечения, информация о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию, в том числе информация о правах и обязанностях пациента, об оказываемых услугах в рамках ГОБМП и ОСМС, стоимости платных услуг и размере сооплаты (при наличии);

2) предоставлена информация в доступной для пациента форме, на понятном для него языке.

Дата и время « ____ » _____ 20__ г. ____

Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, 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.

Лист врачебных назначений

1. Дата и время – «___» _____ 20__ год

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__
год

_____ и «___» _____ 20__ год _____

ФИО (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__ год _____

2. Объективные данные _____

3. Жалобы _____

4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических
исследований _____

5. Диагноз _____

6. Лист врачебных назначений _____

ФИО (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, абортів и выкидышей в ранних сроках

Иммуногематологические особенности:

не выявлены

выявлены варианты 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/ год

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., PvO₂ мм рт. ст.

Расчетная доза _____

Показания для СЗП/криопреципитата _____

Данные последней коагулограммы: (достаточно одного измененного
показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут) ПТИ %, МНО, АЧТВ,
Фибриноген г/л, АТШ _____

Толерантность плазмы к гепарину, ВСК мин _____

Анализ от дд/мм/гг _____

дефицит факторов коагуляционного гемостаза

дефицит плазменных антикоагулянтов

плазмообмен

Расчетная доза (12-20мл/кг) _____

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

Анализ от дд/мм/гг _____

геморрагический тромбоцитопенический синдром

Тромбоцитопения менее 10*10⁹/л без геморрагического синдрома.

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

Тромбоцитопения менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$, нейрохирургическая операция.

Тромбоцитопатия, геморрагический синдром.

Расчетная доза _____

ФИО (при его наличии), ID врача, обосновавшего показания к трансфузии

Показания к трансфузии проверены, подтверждаю _____

Заведующий отделением ФИО (при его наличии), ID врача

Протокол трансфузии крови и ее компонентов

1. Наименование отделения, где проводится трансфузия –

2. Дата проведения трансфузии – « ___ » _____ 20 __ год

время начата дд/мм/гг, окончена дд/мм/гг – начало " ___ " _____ 20 __ год

окончание « ___ » _____ 20 __ год

3. Данные о пациенте –

ФИО _____

ИИН _____,

групповая и резус-принадлежность _____.

4. Данные о трансфузионной среде - номер этикетки _____,

наименование _____, групповая и резус-принадлежность

донора _____, наименование организации-заготовителя

трансфузионной среды _____, срок годности _____.

5. Результаты лабораторных предтрансфузионных исследований

_____.

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

_____.

6. Результат биологической пробы _____,
Ф.И.О. (при его наличии), ID врача, проводившего
пробу _____.

7. Данные о трансфузии- перелито/ мл _____, скорость
внутривенного вливания (капельно, струйно, капельно-струйно
_____.

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

8. Данные о самочувствии пациента, показателях пульса, артериального
давления, температуры тела

1) до трансфузии: Ps_, АД_, t0_;

2) во время трансфузии: Ps_, АД_, t0_;

3) после трансфузии: Ps_, АД_, t0_;

4) через 1 час после трансфузии Ps_, АД_, t0_ ; через 2 часа Ps_, АД_, t0_ ;
через 3 часа Ps_, АД_, t0_ ;

Ф.И.О. (при его наличии)/ID медицинского работника, проводившего
наблюдение _____.

9. Данные о цвете первой порции мочи после переливания каждой дозы
эритроцит содержащего компонента крови _____.

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

10. Показатели контрольного лабораторного исследования крови и мочи
пациента, объема суточного диуреза _____.

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

Дата, время – «___» ___ 20__ год

11. Данные о наличии признаков неблагоприятного последствия трансфузии
и выполненных лечебных мероприятиях _____.

Трансфузионный лист

1. Дата – «___» _____ 20__ год

2. Наименование трансфузионной среды _____

3. Количество _____

мл

4. Группа крови, Rh донора _____

5. Показания _____

6. № этикетки, страна производитель _____

7. Осложнения _____

8. ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 7
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

1. Дата и время проведения – «__» _____ 20__ год

2. Наименование услуги из тарификатора _____

3. Данные описания проведенного исследования _____

4. Заключение _____

5. ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 8
к медицинской карте
стационарного пациента

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

1. Дата и время осмотра – «__» _____ 20__ год _____

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

3. Лист врачебных назначений (при необходимости с отражением времени
проведения манипуляции) _____

4. Диагноз _____

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

6. ФИО (при его наличии), ID врача _____

Вкладной лист 9
к медицинской карте
стационарного пациента

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра – «__»__ 20__ год _____

2. Вид консультации _____

3. Жалобы: _____

4. Анамнез жизни:

5. Анамнез заболевания: _____

6. Объективные данные: _____

7. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

8. Диагноз _____

9. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств _____

10. ФИО (при его наличии), ID врача _____

При наличии:

11. Записи консилиумов (включает согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется)

Вкладной лист 10
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время – « ___ » _____ 20 ___ год _____

2. Показания к операции/процедуры/афереза _____

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

и операции) _____

4. Анестезиологическое пособие _____

5. Протокол операции включая: _____

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

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

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

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

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

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

5.6 Количество кровопотери _____

(мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза _____

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза _____

5.9 Рекомендации _____

5.10 ФИО (при его наличии), ID оперирующего врача, ассистентов,
анестезиолога

и СМР

Вкладной лист 11
к медицинской карте
стационарного пациента

История развития новорожденного

Заполняется в родзале:

Дата и время – «___» _____ 20 ___ год _____

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 ФИО (при его наличии), ID _____

Дежурный врач ФИО (при его наличии), ID _____

Заполняется при переводе новорожденного из родзала в отделение:

Дата и время – « ___ » _____ 20 ___ год

1. Информация о переводе новорожденного в отделение, № палаты

2. Состояние ребенка при переводе из родзала _____

3. Диагноз предварительный _____

4. Принял и провел обработку медицинский брат/сестра ФИО (при его
наличии),

ID _____

Дежурный врач ФИО (при его наличии), ID _____

Первый осмотр ребенка в палате (отделении.) новорожденных детей

Дата и время – « ___ » _____ 20 ___ год _____

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 ФИО (при его наличии), ID _____

Дежурный врач ФИО (при его наличии), ID _____

Заключение и предварительный диагноз _____

1. Назначения и их обоснование _____

2. Диагноз _____

Заключительная часть: _____

Выписной эпикриз _____

Эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмирование результатов лабораторных исследований,

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

при наличии реабилитации, выдаются рекомендации с указанием реабилитационного

потенциала, диагноза и шкалы реабилитационного маршрута. По требованию копия

выписного эпикриза выдается на руки пациенту.

1. Диагноз клинический _____

Дата установления – « ____ » _____ 20 ____ год

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 ФИО (при его наличии), ID _____

Лечащий врач ФИО (при его наличии), ID _____

Заполняется при смерти: _____

Умер дд/мм/гг – «___» _____ 20 __ год

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение: _____

Патоморфологический диагноз (основной) _____

осложнения основного заболевания _____

сопутствующий _____

Врач ФИО (при его наличии), ID _____

Вкладной лист 12
к медицинской карте
стационарного пациента

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

Дата и время обращения

Паспортные данные

1. ИИН

2. ФИО (при его наличии)

3. Дата рождения: число, месяц, год

4. Пол мужской женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель города села

8. Гражданство, адрес проживания

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

Должность Образование

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Тип возмещения

12. Социальный статус

13. Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях
уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

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

15. Жалобы

16. Анамнез:

указать сведения:

о случае применения физического и (или) психологического насилия с
указанием времени и даты;

о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве
оружия.

17. Описание телесных повреждений:

Описание ссадины

1. Точная анатомическая локализация
2. Форма: линейная, округлая, овальная, неправильная овальная, треугольная
3. Направление: вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо;
4. Размеры (длина XXX, ширина в XXX см);
5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная, западает по отношению к уровню окружающей кожи; на уровне окружающей кожи; выше уровня окружающей кожи, отпадает по периферии, участок гиперпигментации гипопигментации
6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы, с наложением крови, почвы

Описание кровоподтека

1. Точная анатомическая локализация
2. Форма: линейная, округлая, овальная, неправильная овальная, треугольная,
3. Направление: вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо ;
4. Размеры (длина XXX, ширина XXX в см);
5. Цвет кровоподтека - красно-багровый , синюшно- фиолетовый, бурый, зеленоватый, желтый ;
6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы, с наложением крови, почвы .

Описание раны

1. Точная анатомическая локализация
2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная, веретенообразная;
3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта «минус-ткань»;

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

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

6. Осадненность концов;

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

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

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

Описание перелома (открытый)

1. Точная анатомическая локализация;

2. Форма линейная, неправильная, многооскольчатая

3. Размеры XXXсм,

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

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

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

Схема анатомической локализации

Схема мужчины

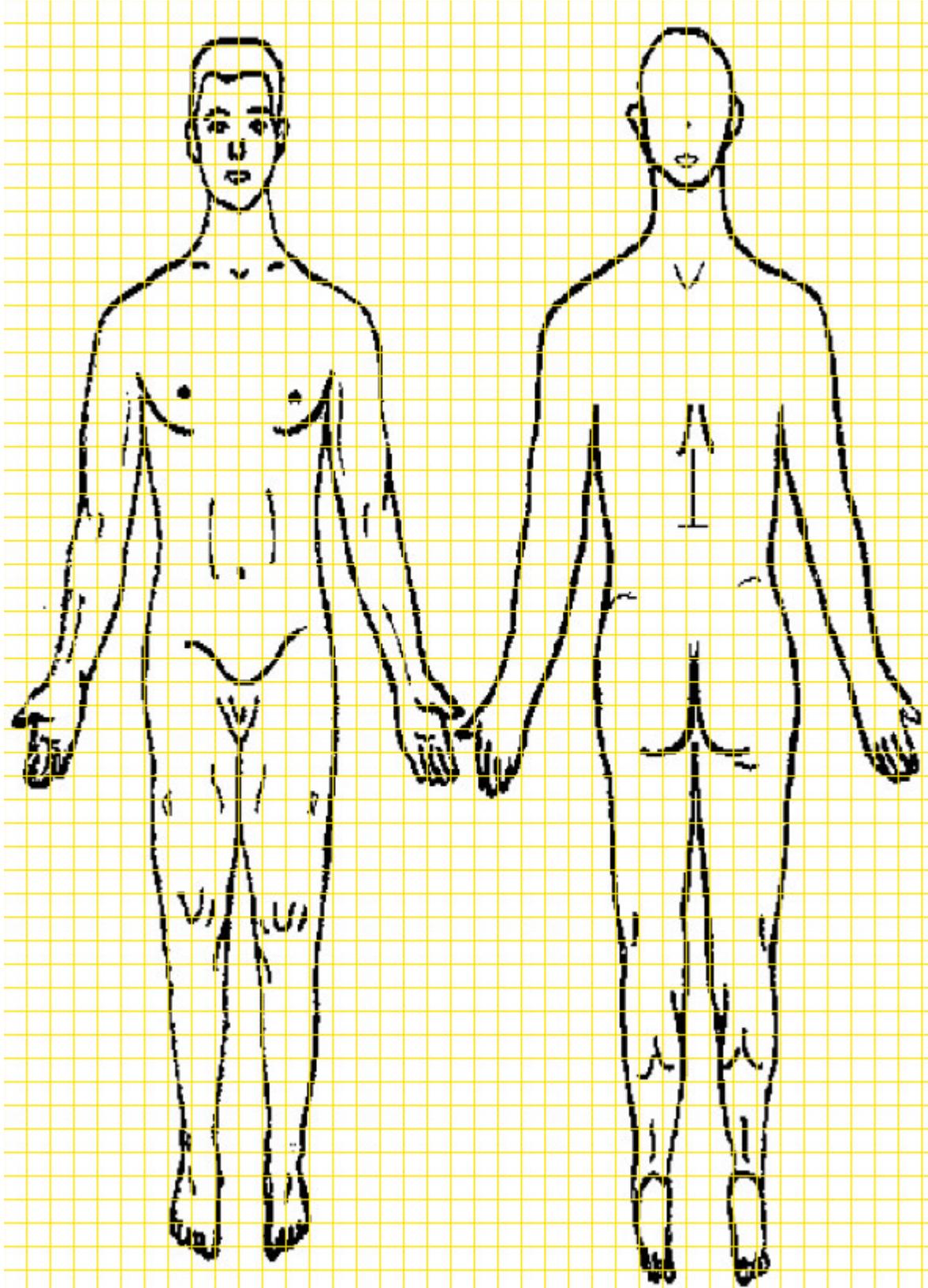
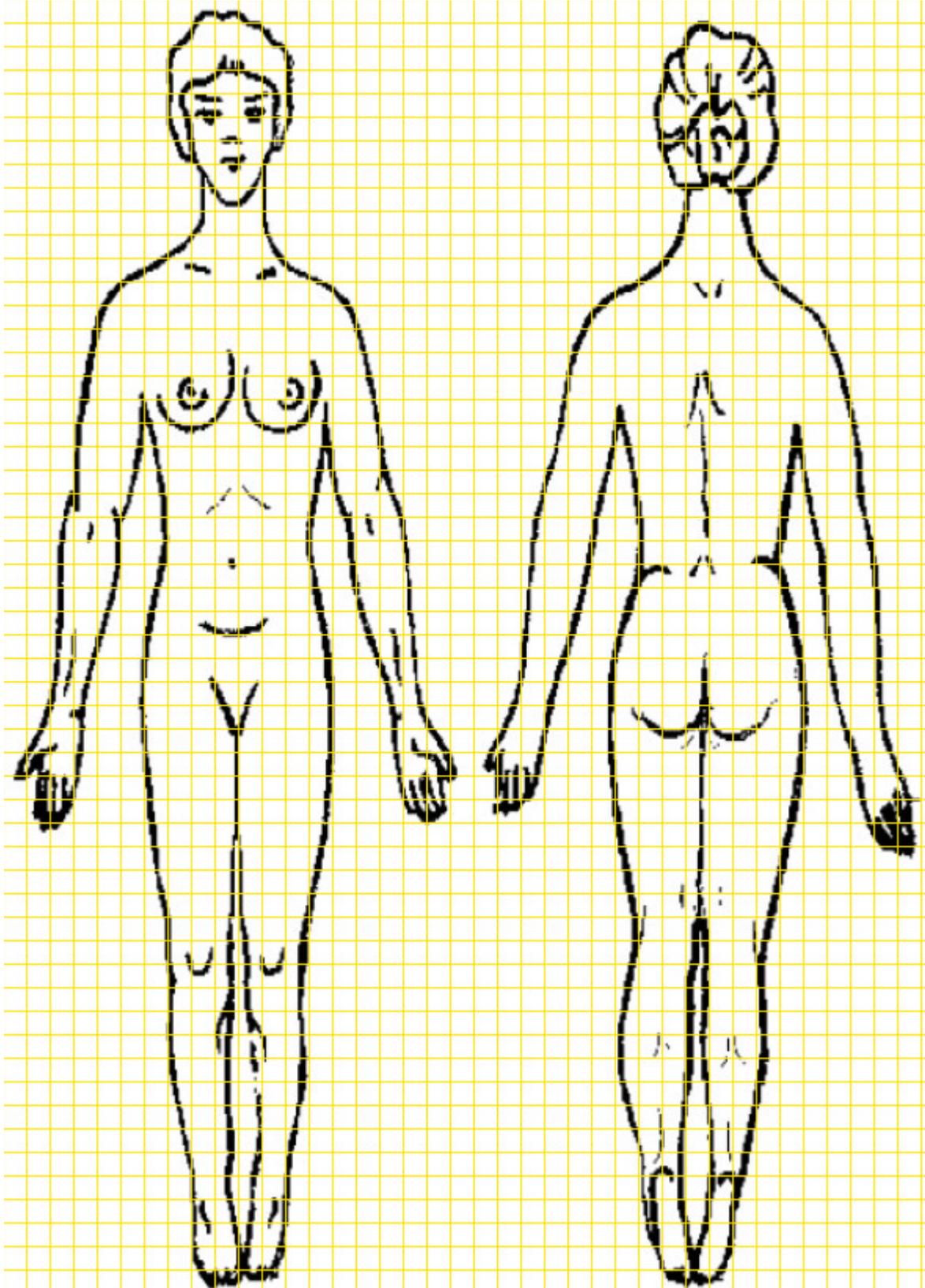


Схема женщина



17. Обследование психического состояния

-
1. Сознание
 - 1.1 Сознание ясное, не нарушено;
 - 1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:
во времени,
в месте,
в собственной личности;
 - 1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)
 2. Поведение
 - 2.1 Адекватный;
 - 2.2 Пассивный, заторможенный;
 - 2.3 Оцепенение;
 - 2.4 Возбужденный;
 - 2.5 Пугливый;
 - 2.6 Плаксивый;
 - 2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)
 3. Настроение и эмоции
 - 3.1 Ровный фон настроения;
 - 3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность);
 - 3.3 Раздражительность и (или) гневливость;
 - 3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность);
 - 3.5 Страх, тревога;
 - 3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)
 4. Мышление, память, речь (нужное подчеркнуть);
 - 4.1 Без особенностей;
 - 4.2 Замедленное мышление, речь;
 - 4.3 Ускоренное мышление, речь;

-
- 4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь;
 - 4.5 Бессвязное мышление;
 - 4.6 Бредовые идеи;
 - 4.7 Мысли о смерти, самоубийстве;
 - 4.8 Нарушение памяти;
 - 4.9 Нарушение внимания;
 - 4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)
 - 5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам пациента)
 - 5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца;
 - 5.2 Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту;
 - 5.3 Дрожь в руках и (или) ногах и (или) в теле;
 - 5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться;
 - 5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание;
 - 5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди";
 - 5.7 Головокружение, головные боли;
 - 5.8 Чувство слабости, утомляемости;
 - 5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания,
 - 5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)
 - 6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах
 - 6.1 Нарушения сна,
 - 6.2 Нарушения аппетита,
 - 6.3 Наличие психотравмы;
 - 6.4 Утрата интересов;
 - 6.5 Скрытность, недоверчивость;
 - 6.6 Сообщения об употреблении алкоголя;

6.7 Чувство отчаяния;

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

6.9 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Список сокращений:

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

1. Дополнительные медицинские сведения (документы)

Медицинские карты, медицинские заключения, выписки, данные клинико-лабораторных исследований, предоставленные во время медицинского осмотра:

o Нет

o Есть (укажите)

2. Направлен на:

исследования (указать какие),

консультации (указать)

на лечение (указать)

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

Дата сообщения

Наименование органа внутренних дел/прокуратур

Идентификатор, ФИО (при его наличии) врача

Вкладной лист 13
к медицинской карте
стационарного пациента

Карта осмотра сурдологического пациента

ФИО (при его наличии) _____

Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы _____

Возраст _____

ИИН _____

Адрес _____

Направленные в рамках аудиологического скрининга ДА /НЕТ

Направленные по заболеванию ДА/НЕТ

Впервые выявленное заболевание ДА/НЕТ

Известное раннее заболевание _____

Жалобы _____

Анамнез заболевания _____

Методы обследования:

ДИАГНОЗ (выбрать из имеющихся):

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

		двусторонняя	АД	АС		
Кондуктивная тугоухость	1 степень	односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
	2 степень	односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
	3 степень	односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
	4 степень	односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
	Глухота	односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
	Смешанная тугоухость	1 степень	односторонняя	АД	АС	
			двусторонняя	АД	АС	
2 степень		односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
3 степень		односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
4 степень		односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		
Глухота		односторонняя	АД	АС		
		двусторонняя	АД	АС		

Отметить нужное

Слуховой аппарат (есть \нет)	Воздушной проводимости	АД	АС	
	Костной проводимости	АД	АС	
Имплантируемая система (есть / нет)	Среднего уха	АД	АС	

		Костной проводимости	АД	АС	
		Кохлеарной имплантации	АД	АС	
Образовательное учреждение/Место работы	Дошкольное учреждение	общеобразовательное	Да	Нет	
		коррекционное	Да	Нет	
	Школьное учреждение	общеобразовательное	Да	Нет	
		коррекционное	Да	Нет	
	Высшее /Среднее учебное заведение		Да	Нет	
	Место работы				
	Неорганизован		Да	Нет	

Список сокращений формы № 001/у «Медицинская карта стационарного пациента»

1	FiO ₂	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	SpO ₂	Уровень насыщения крови кислородом
7	t0	Температура тела
8	АД	Артериальное давление
9	АТШ	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	PvO ₂	Показатели газового состава крови
23	PaO ₂	Показатели газового состава крови
24	СЗП	Свежзамороженная плазма
25	СМР	Средний медицинский персонал
26	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
27	ЦВД	Центральное венозное давление

28	ЧДД	Частота дыхательных движений
29	ЧСС	Частота сердечных сокращений

«Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме
№ ____» № 001-1/е нысаны

Форма № 001-1/у «Выписка из медицинской карты стационарного пациента
№ ____»

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

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

2. Лицо, содержащееся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-
исполнительной (пенитенциарной) системы

3. Туған күні (Дата рождения) _____

4. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

5. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

6. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

7. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар)

(Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)

Қорытынды диагноз:

(Заключительный диагноз:) _____

Қосалқы аурулар:

(Сопутствующие заболевания:) _____

8. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем,

жолданғандағы, шыққандағы жағдайы

(Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке)

Түскен кездегі шағымдар:

(Жалобы при поступлении:) _____

Ауру анамнезі:

(Анамнез заболевания:) _____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:) _____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

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

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

(ФИО (при его наличии)):

қолы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

(ФИО (при его наличии)):

қолы (подпись) _____

*Завершение внесения данных о пролеченном случае в форму № 001-1/у
«Выписка из медицинской карты стационарного пациента» (далее – выписка)
осуществляется в день выписки пациента из стационара. Введенные данные
в выписку после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением
случаев ввода результатов гистологических и патоморфологических
исследований.

Форма № 002/у «Протокол (карта) патологоанатомического исследования
№ _____»

Адрес организации, составившего протокол

Карта пациента №

ИИН пациента _____

ФИО (при его наличии) _____

Дата рождения – « ___ » _____ 20 ___ год 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 ФИО (при его наличии), ID _____.

Присутствовали на вскрытии ФИО (при его наличии), ID _____

Диагноз направившей организации _____

Диагноз при поступлении _____

Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления _____

Заключительный клинический диагноз и дата его установления _____

Основное заболевание _____

Осложнение основного заболевания _____

Сопутствующие заболевания _____

Причина смерти _____

Результаты клинико-лабораторных исследований _____

Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения,
сопутствующие заболевания)

Ошибки клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать):

Расхождение диагнозов по основному заболеванию

Запоздалая диагностика

основного заболевания

по осложнениям

смертельного осложнения

по сопутствующим заболеваниям

другое

Причины расхождения диагнозов

Объективная трудность диагностики

Кратковременное пребывания

Недообследование пациента

Переоценка данных обследования

Редкость заболевания

Неправильное оформление диагноза Причина смерти №

во врачебном свидетельстве о смерти №

сделана следующая запись

Код и наименование диагноза _____

ФИО (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

ФИО (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	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Форма № 003/у «Форма учета движения крови, ее компонентов и
диагностических стандартов»

1. Дата и время получения продукта – «__» _____ 20__ год _____

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__ год _____

10. Наименование отделения куда выдается продукт _____

11. Идентификатор лица, выдавшего продукт для применения _____

12. Идентификатор лица, получившего продукт для применения

			в том числе переведенных в другие стационары		включит.	Дети 15-17 лет включительно			ле сельских жителей	при пациентах 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	все-го	в т. ч. Женских	все-го	в т. ч. женских	всего	в т. ч. женских	всего	в т. ч. женских	все-го	в т. ч. женских
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Список пациентов

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

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

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

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

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение пациентов с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали.

Например, в составе хирургического отделения выделены внутренним приказом больницы 3 койки для урологических пациентов; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических пациентов - движение этих пациентов показывается по урологическим койкам. В то же время, пациенты с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих пациентах показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических пациентах, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. Для получения суммарных данных по больнице сведения из листов отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета пациентов и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

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

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

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

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы число пациентов на начало текущего дня (графа 18) было равно сумме чисел пациентов, состоявших на начало предыдущего дня (графа 5), поступивших (графа 6) и переведенных (графа

10), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (графа 11), выписанных (графа 12) и умерших (графа 17), то есть. числам в графа 5 + 6 +10 – 11 – 12 – 17 = графа 18.

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

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

Ежедневно данные о движении пациентов и коечного фонда, заверенные подписью заведующего отделением и руководителя медицинской организации, передаются старшей медицинской сестрой отделения в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации.

Форма № 006/у «Форма учета переливания крови, ее компонентов»

1. Дата и время переливания
2. Кратность переливаний (первичное/повторное)
3. Номер медицинской карты
4. Индивидуальный идентификационный номер пациента
5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
6. Дата рождения пациента
7. Группа крови и резус принадлежности пациента
8. Показания к переливанию
9. Наименование 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. ИИН пациента _____

3. Число, месяц и год рождения

4. Домашний адрес

5. Место работы/ учебы/ школа

6. МО прикрепления

7. Сроки пребывания в стационаре

8. Профиль койки

9. Код МКБ 10

10. Всего трансфузий доз эритроцитов/доз, плазмы/доз, тромбоцитов/доз, гранулоцитов/доз

Форма № 008/у «Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов» за

_____ ГОД

№ п/п	Дата поступления трупа	ИИН	ФИО (при его наличии) умершего	Дата рождения	Пол	Кем принят труп (ФИО (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 (ФИО (при его наличии))		Дата выдачи трупа или захоронения больницей		По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия		Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта		Фамилия сопровождающего
11	12		13		14		15		16

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

Дата и время заполнения

ИИН

ФИО (при его наличии)

№ истории болезни

Наименование лечебной организации

Основной диагноз код

Причина смерти

Состав комиссии:

ФИО (при его наличии) заведующего реанимационным отделением, ID

ФИО (при его наличии) врача-реаниматолога, ID

ФИО (при его наличии) лечащего врача, ID

ФИО (при его наличии) судебно-медицинского эксперта, ID

Констатировали биологическую смерть

Время констатации биологической смерти

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

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

Производил (и) изъятие донорских органов и тканей врач (и)-хирург (и)
ФИО (при его наличии), ID должность

Способ изъятия донорских органов (описание инструментальных
вмешательств и операции)

При изъятии донорских органов и тканей присутствовали:

судебно-медицинский эксперт ФИО (при его наличии), ID

реаниматолог ФИО (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):

ФИО (при его наличии) лечащего врача-реаниматолога, ID

ФИО (при его наличии) невропатолога, ID

ФИО (при его наличии) врача-специалиста, ID

обследовала состояние гражданина и установила:

1. По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие
2. По состоянию самостоятельного дыхания
 - 2.1 При разъединительном тесте
3. По состоянию тонуса мышц
4. По состоянию зрачков
5. По рефлекторным реакциям на внешние воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)
6. При температуре тела
7. При артериальном давлении
8. По данным электроэнцефалографических исследований
9. По данным ангиографии
10. При сроке наблюдения в течение ____ часов с периодичностью неврологических осмотров через каждые ____ часов
11. С учетом данных дополнительных исследований (токсикологических, определения метаболизма мозга и др.)

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

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

3	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
---	-----------------------	--

Форма № 010/у «Журнал учета консервированного костного мозга»

Начат окончен

№ п /п	ФИО (при его наличии) донора	Группа крови	Ре-зус при-над-леж-ность	Да-та за-го-тов-ки	№ эти-кет-ки	Подготовка костного мозга к замораживанию							
						охла-жда-ю-щий рас-твор	№ и да-та заго-товки крови (сыво-ротки) АВ (N) группы	№ кон-тей-неров	объ-ем кост-но-моз-говой взве-си в кон-тей-нере	об-щее коли-че-ство ядро-содер-жа-щих кле-ток	жиз-не-спо-соб-ность кле-точная (эози-новая про-ба)	бактериоло-гический контроль костного мозга пе-ред замора-живанием	ФИО вра-ча подго-товивше-го кост-ный мозг к замора-живанию
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Разворот ф. № 010/у

Да-та за-мо-ра-жи-ва-ния	Размораживание							Ку-да вы-дан кост-ный мозг	Дата и вре-мя (час., мин.) вы-да-чи	Срок год-ности	Рас-пис-ка ли-ца, по-лу-чив-ше-го кост-ный мозг
	Да-та	№ кон-тей-неров	Объем костного мозга, подготовлен-ного к транспланта-ции и количество флаконов	Количе-ство яд-росодер-жащих клеток в млрд.	Жизне-способ-ность клеток (эозино-вая про-ба)	Бак-те-риоло-гиче-ский кон-троль	ФИО врача, проведивше-го разморажи-вание костно-го мозга				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Форма № 011/у «Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)»

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

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

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

ФИО донора, возраст, пол

Группа крови, резус

Дата поступления

№ истории болезни

Диагноз _____

Время нахождения на искусственной вентиляции легких)

Время гипотензии

Диурез в последние сутки, часы

Фармподготовка донора

Период ишемии

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

Давление при отмывке

Степень отмывки

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

Срок годности консервирующего раствора: _____

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

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

- Гепатит В: _____

- Гепатит С: _____

- Сифилис: _____

Период консервации:

Почки правой _____ левой _____

Легкой правой _____ левой _____

Сердца

Печени

Другое

ФИО реципиентов 1. _____ 2. _____

Возраст, группа крови 1. _____ 2. _____

Иммунологические показатели донора

Реципиентов 1. _____ 2. _____

Функции трансплантата _____

Название организации здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших
изъятие

и консервацию органа (части органа):

ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию: _____

День, месяц, год, время – «___» _____ 20___ год _____

Форма № 012/у «Статистическая карта выбывшего из стационара»
(круглосуточного, дневного) № _____

Общая часть:

1. ИИН _____

2. ФИО (при его наличии) _____

3. Дата рождения – "___" _____ 19___ год

4. Пол _____

5. Возраст _____

6. Национальность _____

7. Гражданство (справочник стран) _____

8. Житель

города

села

9. Адрес проживания _____

10. Место работы/учебы/детского учреждения _____

Должность _____

Образование _____

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса _____

12. Тип возмещения _____

13. Социальный статус _____

14. Тип госпитализации

впервые

повторно

при плановой госпитализации указать:

Код госпитализации _____

Для специализированных стационаров дополнительно заполняется:

Цель госпитализации (онкологический профиль, наркологический профиль,
психиатрический профиль) _____

15. Кем направлен пациент

16. Наименование направившей МО (из регистра МО) _____

17. Диагноз направившей организации _____

18. Диагноз при поступлении _____

19. Вид травмы:

1) Бытовая

2) Уличная

3) ДТП

4) Школьная

5) Спортивная

20. Синдром жестокого обращения

из них:

1) оставление без внимания или заброшенность

2) физическая жестокость

3) сексуальная жестокость

4) психологическая жестокость

5) другие синдромы жестокого обращения

6) синдром неуточненного жестокого обращения

21. Госпитализирован:

с лицом по уходу

с кормящей матерью

22. Дата и время госпитализации

23. Отделение, палата №

24. Находился в реанимации

25. Профиль койки

26. Вид транспортировки

27. Исследование на ВИЧ

28. Группа крови, резус-фактор

29. Аллергические реакции

30. Побочное действие лекарств (непереносимость)

нет

да

название препарата, характер побочного действия

31. Диагноз заключительный клинический осложнения

Сопутствующее заболевание 1

Сопутствующее заболевание 2

Заполняется в стационарах:

1. Лист оказанных услуг и медикаментов

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

2. Хирургическая операция

Дата Время	Название и код операции	Анесте- зия (код)	Тип операции: 1-экстрен- ная, 2-плановая	Послеоперационное осложнение	Специальная аппа- ратура (код)	Коды вра- чей
Хирургические операции						
	код наименова- ние			код наименование		Хирург Ассистент
	код наименова- ние			код наименование		Хирург Ассистент
	код наименова- ние			код наименование		Хирург Ассистент

код наименования		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 прогрессировании 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	<p>Рост <input type="text"/></p> <p>Вес <input type="text"/></p> <p>Окружность груди <input type="text"/></p> <p>Окружность головы <input type="text"/></p>
Скрининг на наследственную патологию	
Аудиологический скрининг	Дата, результат
Офтальмологический скрининг	Дата, результат
Вакцинация	БЦЖ <input type="checkbox"/>

	да <input type="checkbox"/>
	нет ИВ (ОПВ) <input type="checkbox"/>
	да <input type="checkbox"/>
	нет Гепатит <input type="checkbox"/>
	да <input type="checkbox"/>
	нет
Исход пребывания	
Вид смерти по отношению к родам	
Наименование диагноза	

Новорожденный проходил лечение в роддоме

да

нет

Заключительная часть, заполняется в любых условиях оказания стационарной помощи:

1. Исход пребывания

2. Исход лечения

3. Дата и время выписки (смерти)

4. Проведено койко-дней

Врач: ФИО (при его наличии), ID.

Заведующий отделением ФИО (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	ФИО (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 ЭКГОД

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

ОРИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

лаборатория (минуя приемное отделение, ОРИТ/БИТ/ПИТ)

4. Факторы риска

Артериальная гипертензия

нет

да

неизвестно

Сахарный диабет

нет

да (диетотерапия, пероральная терапия, инсулинотерапия)

неизвестно

Курение

нет

да (иногда, постоянно)

неизвестно

Алкоголь (наркомания)

нет

да (иногда, постоянно)

неизвестно

Избыточная масса тела

нет

да

неизвестно

Низкая физическая активность

нет

да

неизвестно

Дислипидемия

нет

да

неизвестно

Наследственная предрасположенность

нет

да

неизвестно

Случаи внезапной смерти в семье

нет

да

неизвестно

Другие

нет

да

неизвестно

5. Предшествующий кардиальный анамнез

Перенесенный инфаркт миокарда

нет

да

неизвестно

Фибрилляция предсердий

нет

да

неизвестно

Стабильная стенокардия напряжения

нет

да

неизвестно

Нестабильная стенокардия

нет

да

неизвестно

АКШ/ТКА

нет

да

неизвестно

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

нет

да

неизвестно

ЭКС/ИКД /СРТ (подчеркнуть)

нет

да

неизвестно Болезни клапанов сердца

нет

да

неизвестно

Кардиомиопатия

нет

да

неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

нет

да (NYNA ФК

I,

II,

III,

IV)

неизвестно

6. Сопутствующая некардиальная патология

ОНМК

нет

(

1 - геморрагический инсульт,

2 - инфаркт мозга,

3-транзиторная ишемическая атака)

неизвестно

Хроническая болезнь почек (ХБП)

нет

да

неизвестно

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

нет

да

неизвестно

Онкологические заболевания последние 5 лет

нет

да

неизвестно

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии,)

нет

да

неизвестно

ХОБЛ

нет

да

неизвестно

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

нет

да

неизвестно

Семейный анамнез

нет

да

неизвестно

7. Текущее состояние при поступлении

Симптомы

Дискомфорт/боль в грудной клетке

нет

да

неизвестно

Одышка

нет

да

неизвестно

Остановка сердца

нет

да

неизвестно

Синкопе

нет

да

неизвестно

Гипотензия

нет

да

неизвестно

Слабость

нет

да

неизвестно

Другие симптомы

нет

да

неизвестно

Бессимптомное течение

нет

да

неизвестно

8. Физикальные данные (при поступлении) ЧСС

уд.в мин

АД систолическое

мм.рт.ст. диастолическое

мм.рт.ст.,

среднее АД

мм.рт.ст.

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

I,

II,

III,

IV

неизвестно

Анализ крови (при поступлении)

Вч-Тропонин I/T (при поступлении)

нет

да

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

МВ-КФК

нет

да

d – димер

нет

да

BNP/pro BNP

нет

да

Гемоглобин

нет

да

Гематокрит

нет

да Тромбоцит

нет

да

Глюкоза

нет

да

Липидный спектр

нет

да,

ЛПНП

нет

да,

ЛПВП

нет

да,

ТГ

нет

да)

Креатинин

нет

да

мкмоль/л

Скорость клубочковой фильтрации креатинина _____ (автоматический
расчет)

Калий

нет

да

Магний

нет

да

Кальций

нет

да

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

нет

да

Ритм

синусовый

фибриляция предсердий

ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)

др.

неизвестно QRS

норма

блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)

блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

др.

неизвестно

ST T

с подъемом сегмента ST

без подъема сегмента ST

инверсия зубца T

нормальная ЭКГ

др.

неизвестно

ЭхоКГ (при поступлении)

нет

да

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

незначительное снижение (41-50%)

умеренное снижение (31-40%)

выраженное снижение (<30%)

не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Наличие зон нарушенной локальной сократимости:

нет

да (

гипокинезия,

-акинезия)

КТ

нет

да

МРТ

нет

да

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

нет

да

Клинические признаки		Баллы
Возраст (лет)	<30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	>90	100
Частота сердечных сокращений (ударов в минуту)	<50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24

	150-199	38
	>200	46
Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.)	<80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	>200	0
Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л)	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	10
	141-176	13
	177-353	21
	>354	28
Класс сердечной недостаточности (по классификации Killip)	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Остановка сердца (на момент поступления пациента)	да	39
Девияция 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 (%)	< 31	9
	31-33.9	7
	34-36.9	3
	37-39.9	2
	> 40	0
*Клиренс креатинина	< 15	39
	>15-30	35
	>30-60	28
	>60-90	17
	>90-120	7
	>120	0
Частота сердечных сокращений (уд/мин)	< 70	0
	71-80	1
	81-90	3
	91-100	6
	101-110	8

	111-120	10
	> 121	11
Пол	Мужской	0
	Женский	8

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE

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

общее количество баллов

риск кровотечений CRUSADE

нет

да

12. Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений (при фибрилляции предсердий)

Общее число баллов:

(при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта

(необходимо назначить антикоагулянтную терапию)

13. Лечение

Наименование	Получал до поступления	Назначено и получал в стационаре	
		первые сутки госпитализации (до 24 часов)	позже 24 часов
Ацетилсалициловая кислота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	да	да	да
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	нет	неизвестно	неизвестно
Тикагрелор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	да	да	да

	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> неизвестно
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
* Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
НФГ (гепарин)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Фонда паринукс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
ТМГ(эноксапарин)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
*Бивалирудин (только при наличии в анамнезе гепарининдуцированной тромбоцитопении)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно

	неизвестно		
β-блокаторы (метопролол в ампулах)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
β-блокаторы (метопролол-тарtrat) короткого действия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Нитроглицерин (таблетки*ампулы,аэрозоль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Нитраты короткого действия (мононитраты)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
ИАПФ короткого действия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно
Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да

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

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

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

* Непатентованное название препаратов

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

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

Буква	Клиническая характеристика	Баллы
-------	----------------------------	-------

H	Гипертензия	1
A	Нарушение функции почек и (1 балл каждое)	1+1
S	Инфаркт мозга	1
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:

фибриноспецифичный

нефибриноспецифичный

б) наименование препарата:

актилизе

тенектеплаза

ретеплаза

др.

в) доза

полная доза

половинная доза

Наличие осложнений тромболизиса

нет

да

Коронароангиография

Да

Дата.

Название код услуги

нет

неизвестно

Сосудистый доступ:

радиальный

бедренный

Нормальная КАГ:

нет

да

Если нет:

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

Многососудистое поражение

0,

1

2,

3 (и более)

неизвестно

Кровоток по ТІМІ в ИЗА или симптомном сосуде:

0

1

2

3

Выбор метода реваскуляризации (при наличии)

Syntax шкаласы (Шкала Syntax)

нет

да

общее количество баллов

Выбор консилиума "группа Сердце"

нет

да

Чрескожное коронарное вмешательство

Название код операции

Дата и время раздувания баллона/установки стента.

ОКС с подъемом ST:

Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания)

неотложное ЧКВ после неуспешного 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 <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

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

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

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

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

Рестеноз внутри стента

нет

да

Вовлечение бифуркаций

нет

да

Применение тромбозктомических устройств:

нет

да

неизвестно

17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ

нет

да

тромбоз стэнда

периоперационный ИМ

кровотечение

мозговой инсульт

контраст индуцированная нефропатия

пульсирующая гематома в области бедренного доступа

неизвестно

смерть

неизвестно

Успешное ЧКВ:

нет

да

неизвестно

Полная реваскуляризация:

нет

да

неизвестно

более 1 процедуры во время стационарного лечения:

нет

да

неизвестно

аорто-коронарное шунтирование

нет

да

НЕИЗВЕСТНО

название код. код. код операции

нет

Да дата начала АКШ.

экстренно

до 4-6 часов от начала заболевания

до 24 часов

свыше 72 часов

Шунты:

вена

ЛГА

ПГА

др.

осложнения, связанные с операцией:

периоперационный ИМ

неврологический дефицит

кровотечение

нарушение ритма и проводимости сердца

медиастенит

нестабильность грудины

другие имплантация электрокардиостимулятора

нет

да

экстренная

плановая название код. код. код операции

временный ЭКС

однокамерные

двухкамерные

постоянный ЭКС

однокамерные

двухкамерные

другое

имплантация Кардиовертела-дефибриллятора

нет

да

неизвестно

экстренная

плановая

название код. код. код операции

Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ)

Нет

да

Название и код операции код. код.

Другие операции:

нет

да

неизвестно

экстренная

плановая

название код. код. код операции

18. Осложнения на госпитальном этапе.

СН класс по Killip

I

II

III

IV

неизвестно

Рецидив ИМ

нет

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

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

19. Операции при механических осложнениях ИМ

нет

да

дата название код. код. код операции

20. Исследования при выписке

ЭКГ при выписке:

синусовый

ФП

новый ИМ с подъемом ST

нет изменений

ЭХОКГ при выписке

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

незначительное снижение (41-50%)

умеренное снижение (31-40%)

выраженное снижение (<30%)

не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка

СН класс по Killip при выписке

I

II

III

IV

неизвестно

Стресс тест при выписке:

нет

да

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Результат теста отрицательный

Результат теста положительный (стресс-индуцированная ишемия миокарда)

Другие диагностические исследования:

нет

да

при ОКС без подъема низкого риска

МРТ

другое

21. Заключительный диагноз:

Диагноз, код Тип инфаркта

22. Заключительный клинический диагноз

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

*При хронической сердечной недостаточности ХСН

(функциональный класс по 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 стационараКарта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения № дата
заполнения карты

ишемический

геморрагический

транзиторная ишемическая атака

состоит ли пациент на Д учете

нет

да

неизвестно

Принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию

нет

да

неизвестно

антикоагулянтную терапию

нет

да

неизвестно

антиагрегантную терапию

нет

да

неизвестно

статины

нет

да

неизвестно

Подтип ишемического инсульта:

атеротромботический

артерио-артериальные эмболии

тромбозы мозговых сосудов

кардиоэмболический

гемодинамический

лакунарный

по типу гемореологической микроокклюзии

Время первых симптомов ОНМК от индексного события (время):

Место, где случилось событие:

дома

на работе

в общественном месте

др.

Факторы риска

Артериальная гипертензия

нет

да

неизвестно

Сахарный диабет

нет

да

неизвестно

Заболевания крови

нет

да

неизвестно

Стенозирующие изменения магистральных сосудов

нет

да

неизвестно

Курение

нет

да

неизвестно

Алкоголь

нет

да

неизвестно

Избыточная масса тела

нет

да

неизвестно

Дислипидемия

нет

да

неизвестно

Наследственная предрасположенность

нет

да

неизвестно

Случаи внезапной смерти в семье

нет

да

неизвестно

Гормональная заместительная терапия

нет

да

неизвестно

Беременность

нет

да

неизвестно

Контрацептивы

нет

да

неизвестно

Другие

Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез

Предшествующий диагноз инсульта

нет

да

неизвестно)

Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки

нет

да

неизвестно

Перенесенный инфаркт миокарда

нет

да

неизвестно

Ишемическая болезнь сердца

нет

да

неизвестно АКШ/ТКА

нет

да

неизвестно АКШ/ЧКВ

нет

да

неизвестно ЭКС/ИКД

нет

да

неизвестно

Болезни клапанов сердца

нет

да

неизвестно

Кардиомиопатия

нет

да

неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

нет

да (NYNA ФК

I,

II,

III,

IV)

неизвестно

Фибрилляция предсердий

нет

да

неизвестно

Мерцательная аритмия

нет

да

неизвестно

Уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, Балл:

от 15 баллов – сознание ясное

от 13 до 14 - оглушение умеренное

от 10 до 12 - оглушение глубокое

от 8 до 9 – сопор

от 6 до 7-кома умеренная

от 4 до 5 - кома глубокая

от 3 - кома терминальная

Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS:

дефицит минимальный

дефицит средний

дефицит тяжелый

дефицит крайне тяжелый

Указать балл по шкале NIHSS

Шкала Рэнкина

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

Пьет глоток воды без затруднений:

нет

да

Проведена ли Компьютерная Томография? (КТ):

нет

да; дата.

а) инфаркт в текущий момент:

нет

да

б) кровоизлияние в текущий момент:

нет

да, уточните характер кровоизлияния:

субарахноидально

паренхиматозное

ствол мозга

вентрикулярное

субтенториальное

Проведена ли КТА?:

нет

да

Аневризма

нет

да

АВМ

нет

да

Стеноз сосудов

нет

да

Окклюзию сосуда)

нет

да

Проведена ли МРТ?

нет

да

Дата. инфаркт

нет

да кровоизлияние

нет

да

аневризма

нет

да

АВМ

нет

да

стеноз сосуда

нет

да

тромбоз сосуда

нет

да

Медикаментозная терапия

тромболитическая терапия

нет

да

Гипотензивная терапия

нет

да

Антиагрегантная терапия

нет

да

Антикоагулянтная терапия

нет

да

Статины

нет

да

Есть ли карта индивидуальной программы реабилитации?

нет

да

Консультации каких специалистов МДК были проведены?

невролог

нейрохирург

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

иглорефлексотерапевт

кинезиотерапевт

Какие базовые мероприятия были проведены в индивидуальной программе реабилитации пациента?

позиционирование

поэтапная вертикализация

ЛФК индивидуально

Проводились ли занятия при нарушении речи с логопедом?

только диагностика

занятия по восстановлению речи, чтения, письма

Проводились ли занятия при двигательных нарушениях?

занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания

индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей

биоуправление/БОС,

физиотерапия

Определение реабилитационного потенциала

благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

неблагоприятный (уход на дому)

Тесты по оценке состояния перед реабилитацией:

а) индекс Бартеля указать балл

нет

да заключение

от 0 до 25 соответствует полной зависимости пациента

от 25 до 65 — выраженной зависимости

от 65 до 90 — умеренной зависимости

от 91 до 99 — легкой зависимости

100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

б) Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) Mini-Mental State Examination (MMSE)

нет

да заключение

нет нарушений когнитивных функций

преддементные когнитивные нарушения

деменция легкой степени выраженности

деменция умеренной степени выраженности

тяжелая деменция

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

нет

да заключение

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

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

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

нет

да заключение

указать балл

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Была ли проведена системная тромболитическая терапия?

нет, причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

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

доза

Наличие осложнений после тромболизиса

нет

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

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

Проводилась ли механическая тромбэкстракция?

нет

да дата и время начала терапии.

дата и время начала терапии. Название нейрохирургической операции Код операции

нет

да дата (дд/мм/).

до 6 часов от начала заболевания

до 24 часов

свыше 72 часов

Осложнения, связанные с операцией:

код наименование

а) Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS после операции, балл

0-3- дефицит минимальный

4-10: дефицит средний

10-21: дефицит тяжелый

>21: дефицит крайне тяжелый

б) индекс Бартеля указать балл

нет

да заключение

от 0 до 25 соответствует полной зависимости пациента

от 25 до 65 — выраженной зависимости

от 65 до 90 — умеренной зависимости

от 91 до 99 — легкой зависимости

100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

нет

да заключение

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

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

11 и более -независим (использует вспомогательные приспособления).

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл

нет

да заключение текста.

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Находился в нейрореанимации (ПИТ/БИТ):

нет,

да количество дней

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

Форма № ТБ 014/у «Медицинская карта пациента туберкулезом № ___»

Дата регистрации Дата госпитализации

I. Информация о пациенте:

1. ИИН
2. ФИО (при его наличии)
3. Регистрационный №

4. Дата рождения
5. Пол

мужской

женский

6. Возраст

7. Национальность, гражданство

8. Житель

города

села

БОМЖЫЛ

9. Адрес фактического проживания

10. ФИО (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 лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)

не вакцинирован БЦЖЫЛ

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

сахарный диабет;

наркомания;

злоупотребление алкоголем;

нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;

ВИЧ;

неизвестен.

женщины в послеродовом периоде до 1 года;

V. Тип пациента

VI. Локализация и форма туберкулеза:

Диагноз

Осложнения туберкулезного процесса

нет

да

VII. Результаты исследования:

1. Наименование исследования

2. Дата исследования

3. Результат исследования

4. Посев мокроты (метод)

5. Рентген снимки (дата, результат)

6. Гистологически верифицирован

VIII. Информация о лечении:

1. МО в интенсивной фазе

2. МО в поддерживающей фазе

3. Дата начала лечения

4. Дата окончания лечения

5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

IX. Категория и схема лечения:

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

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

Антиретровирусная терапия начата:

да

нет

Если начато, дата начала.

Профилактикт.

терапия котримоксазолом начата:

да

нет

Если начато, дата начала.

Х. 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 ФИО (при его наличии), ID

Заполняется при смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного сопутствующий

Врач ФИО (при его наличии), ID

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

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

2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
5	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
6	БОМЖ	Без определенного места жительства
7	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
8	ПТО	Противотуберкулезные организации
9	БЦЖ	Вакцина против туберкулеза
10	МИС	Медицинская информационная система
11	ТЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность

**Форма № ТБ 015/у «Медицинская карта пациента туберкулезом категории
IV» № _____**

Дата регистрации

Дата госпитализации

I. Информация о пациенте:

1. ИИН

2. ФИО (при его наличии)

3. Регистрационный №

4. Дата рождения

5. Пол

мужской

женский

6. Возраст

7. Национальность

8. Гражданство

9. Житель

города

села

БОМЖЫЛ

10. Адрес фактического проживания

11. ФИО (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 БЦЖЫЛ

наркомания;

злоупотребление алкоголем;

V. Социально-профессиональный статус

VI. Тип пациента:

VII. Локализация и форма туберкулеза:

Диагноз Осложнения туберкулезного процесса

нет

да

VIII. Причина перевода в категорию IV.

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

1. Форма ТБ

2. Дата проведения ВКК

3. Принятое решение при МЛУ ТБ:

4. Заключение при МЛУ ТБ.

5. Причина не назначения. при ШЛУ ТБ:

6. Заключение при ШЛУ ТБ.

7. Причина не назначения.

8. Дата перевода на другой режим.

X. Информация о лечении:

1. МО в интенсивной фазе

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

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

Для пациентов с положительным результатом по 113 коду:

Антиретровирусная терапия начата:

профилактическая терапия котримоксазолом начата

XI. Результаты исследования:

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

XII. Противотуберкулезные препараты (лист назначений) категории IV

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

XIII. Дата окончания лечения

XIV. Исходы лечения

Если пациент умер:

Дата смерти.

Место смерти

XV. Диагноз снят.

Примечания:

Фтизиатр ФИО (при его наличии), ID.

Примечание:

Заполняется при смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

да

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного сопутствующий

Врач ФИО (при его наличии), ID

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

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	ФИО (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	ГЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность

Форма № ТБ 016/у «Форма учета регистрации пациентов 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 пациентов
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 пациентов туберкулезом категории IV»

левая часть

_____ область _____

район

Ре-год №	Дата регистрации	ФИО (при его наличии)	ИИН	Пол	Дата рождения	Адрес фактического проживания	Мед организация в интенсивной фазе

продолжение таблицы

Регод№ 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;

--	--	--

					В стационаре	Не в стационаре				

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

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

АРТ – антиретровирусная терапия, ПТК – профилактическая терапия
котримоксазол

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

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
Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 9 июля 2025 года
№ 64

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 операции
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 врача,
ассистента врача, 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. ФИО (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:

ФИО (при его наличии) родственника	Кем приходится	Телефон
------------------------------------	----------------	---------

17. Дата начала лечения гемодиализом

18. Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

19. Дата проведения: начало, окончание

20. Гемодиализ №

Аппарат №

21. Тип диализатора:

низко поточный

высоко поточный

размер

м2, производитель

22. Гемодиализ:

бикарбонатный

23. Профиль ультрафильтрации:

ИУФ

УФ

Na

24. Сосудистый доступ:

A-V фистула

протез

катетер

25. Антикоагулянт:

гепарин

клексан

фраксипарин

26. Доза

ед.

27. Способ

общая

дозированная

региональная

28. Скорость кровотока

мл/мин. Скорость потока диализата

мл/мин

29. Назначенное время ГД

ч. Эффективное время ГД

ч.

30. Сухой вес

31. Вес до ГД

, вес после ГД

32. Ультрафильтрация

33. Артериальное давление:

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

34. Лекарственные препараты

Наименование препарата	Ед. из.	Количество

35. Технические осложнения

36. Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении:

37. Причина прекращения лечения гемодиализом

38. Проведено процедур гемодиализа: _____

ФИО (при его наличии) лечащего врача, ID

ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника ГД, ID

Применимо при: PЕТ оценочный лист

Дата проведения:

№ МКСБ

Вес:

Рост:

Возраст:

BSA (m2):

BW(L):

Ночной залив: р-р

Время задержки:

Объем залива:

Объем слива:

РЕТ: р-р

Начало залива: окончание залива:

Объем залива:

Объем слива:

Ультрафильтрация:

Длительность слива:

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

ночной					
свежий					
0 минут					
30 минут					
60 минут					
120 минут					
180 минут					
240 минут					
Кровь	Креатинин	Глюкоза	Скорректированный креатинин		
Кровь 2-х часовая					
Диализат	Креатинин	Глюкоза	Скорректированный креатинин	D/P	D/D0
Диализат 0 часовой			0 часовой		
Диализат 2х часовой			2х часовой		
Диализат 4х часовой			4х часовой		

Фактор коррекции
ФК=креатинин свеж р-р+ глюкоза свеж р-р
ФК=Скорректированный креатинин
кровь 2х часовая
Креатинин* _____ (-)
Глюкоза=(_____) x ФК = _____
Скорректированный креатинин= _____

Диализат
0 часовой Креатинин* _____ (-)
Глюкоза=(_____) x ФК = _____
Скорректированный креатинин= _____

2х часовой Креатинин* _____ (-)
Глюкоза=(_____) x ГФ/ФК = _____

Скорректированный креатинин= _____

4х часовой Креатинин* _____ (-)
Глюкоза=(_____) x ФК = _____
Скорректированный креатинин= _____

4х часовой Креатинин* _____ (-)
Глюкоза=(_____) x ФК = _____
Скорректированный креатинин= _____

D/P Dialysate/Plasma Ratios
D/P на 0 часов
Скорректированный креатинин диализата, 0 часов _____
Скорректированный креатинин крови

D/P на 2 часа
Скорректированный креатинин диализата 2 часов _____
Скорректированный креатинин крови

D/P на 4 часа
Скорректированный креатинин диализата, 4 часов _____
Скорректированный креатинин крови

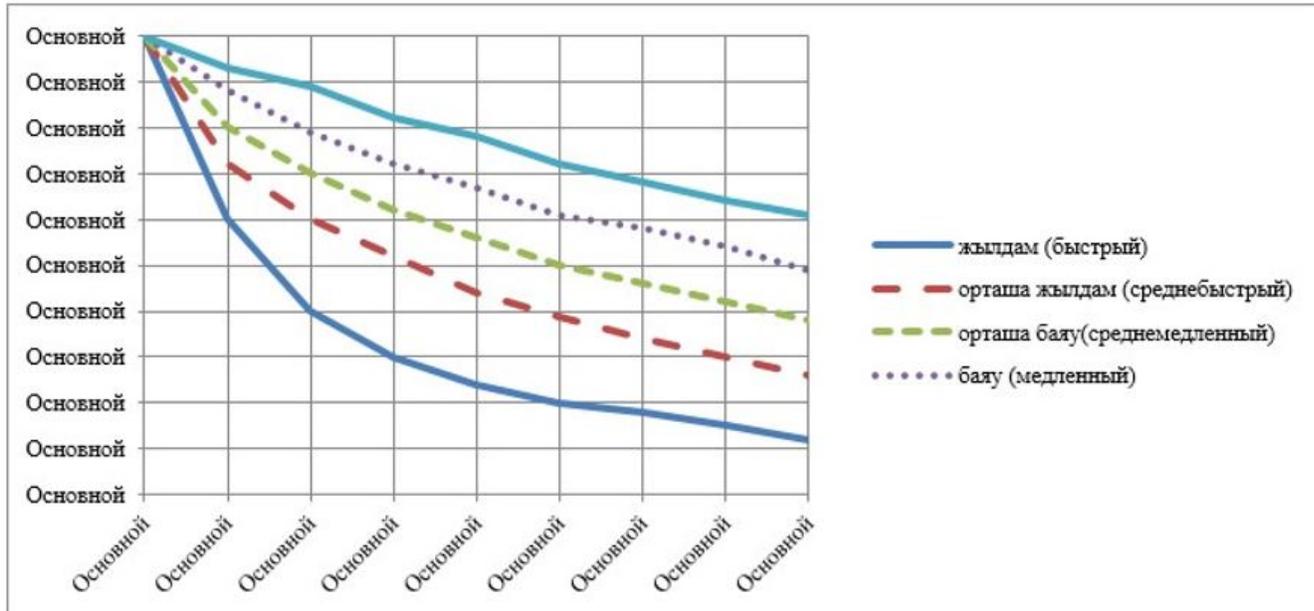
D/D₀
Глюкоза 2 часов = _____
Глюкоза 0 часов _____
Глюкоза 4 часов = _____
Глюкоза 0 часов _____

Креатинин* - измеренный креатинин

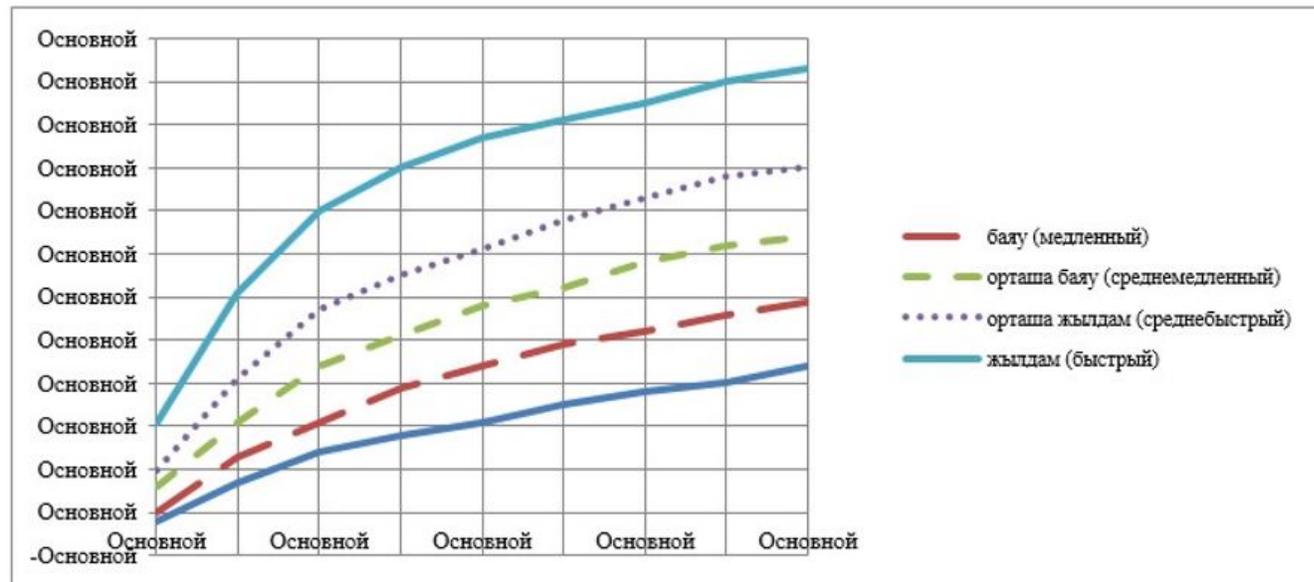
Фактор конвертации: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Мочевина: мг/дл=ммоль/л x 2,82

D/D0 Глюкоза



D/P скоррегированный креатинин



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

Заклучение:

ФИО (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:

ФИО (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 Физинил 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»:

--	--

Наименование цитостатика (МНН лекарственного средства)	Дата выдачи цитостатика для разведения	ФИО (при его наличии) и подпись выдавшего лица, идентификатор сотрудника	кол-во	дата разведения	наименование отделения, направивших заявку на разведение цитостатика	расход (мг, количество фл /амп)	общий остаток цитостатика	доза утилизуемого остатка (мг, количество фл /амп)	время вскрытия флакона /ампулы, срок и температура хранения остатка цитостатика по инструкции	ФИО (при его наличии) разводившего сотрудника, его идентификатор
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Форма № 024/у «Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении»

Отделение _____

за 20__ год

№ п /п	дата	№ заявки	отделение	№ истории болезни пациента	ФИО (при его наличии) пациента	ФИО (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	ФИО (при его наличии) врача, направившего пациента	ФИО (при его наличии) пациента	ИИН пациента	Дата рождения пациента	Адрес пациента	Место работы (название предприятия и цеха, организации) пациента (если необходимо при определенных случаях)	Профессия (выполняемая работа, должность) (если необходимо при определенных случаях)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Диагноз,	Повод, по кото-	№ листа о временной нетрудоспособ-	Число дней нетрудоспособности по дан-	Заключение комиссии (диагноз, направление на				Примечания

по ко- торо- му паци- ент пред- став- лен на ВКК	рому па- циент представ- лен на ВКК	ности (если необхо- димо при опреде- ленных случаях)	ному диагнозу (если необходимо при опре- деленных случаях)	спец. лечение, перемена работы, число дней про- дления листа о времен- ной нетрудоспособности, дата направления на МСЭ, заключение МСЭ)	Идентифика- тор члена ко- миссии	
10	11	12	13	14	15	16

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 о состоянии/ не состоянии на динамическом
наблюдении»**

Дата выдачи

Наименование МО**1. Индивидуальный идентификационный номер****2. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) в соответствии с документами, удостоверяющими личность****3. Дата рождения:****4. Адрес проживания****5. Медицинское заключение****6. Рекомендации (при наличии)****Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку,****Место печати**

Место для фото		
-----------------------	--	--

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

(наименование учреждения (организации), выдавшего заключение)**1. Индивидуальный идентификационный номер/номер паспорта****2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (полностью)****3. Пол****4. Дата рождения**

5. Дата последнего въезда в Республику Казахстан

6. Адрес постоянного места жительства

7. Заключение терапевта/ВОП Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его), дата и время

Результаты обследования*:

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

выявлено

не выявлено

Лепра (болезнь Гансена):

выявлено

не выявлено

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

Туберкулез:

выявлено

не выявлено

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

Острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных заболеваний и гриппа)

выявлено

не выявлено

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

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

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

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

Место печати

Примечание:

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

Дата заполнения:

Срок действия: 3 месяца

Форма № 029/у «Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности»

№ п /п	№ листа о временной нетрудоспособности, вы-		ИИН пациен- та	Да- та		
--------	---	--	----------------	--------	--	--

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

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

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

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

Пояснение по заполнению формы № 030/у «Журнала учета мероприятий по ФЗОЖ»:

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

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

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

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

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

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

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

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

в четвертой графе – количество видов санпросвет работы,

в пятой графе –количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ

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

Форма № 031/у «Заключение на медико-социальную экспертизу»

№ ___ от ___ 20___ год

1. ИИН _____

2. Фамилия _____

3. Имя _____

4. Отчество (при его наличии) _____

5. Дата рождения _____ год

6. Пол мужской женский

7. Гражданство (справочник стран) _____

8. Житель города села

9. Адрес регистрации по месту постоянного жительства _____

10. Адрес фактического проживания/пребывания _____

11. Место проживания/пребывания лица на момент освидетельствования

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

в доме ребенка, интернате, специализированных организациях для детей

в медико-социальных учреждениях (организациях) социальной защиты

в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

на дому

заочно

12. Прикрепление к медицинской организации по РПН:

13. Дата прикрепления _____ 20__ год

Наименование медицинской организации _____

14. Номер мобильного телефона пациента или законного представителя
(зарегистрированный в БМГ) +7 (***) (*****)

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

Фамилия _____

Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

16. Наименование направившей медицинской организаций (из регистра
МО) _____

17. Адрес МО _____

18. Группа инвалидности (при наличии ранее установленного) _____

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

20. Степень утраты профессиональной трудоспособности
(при наличии ранее установленного) _____ %

21. Место работы (для работающих лиц) _____

22. Должность _____

23. Основная профессия _____

24. Место учебы (для школьников, студентов) _____

25. Курс/класс _____

26. Дошкольное учреждение _____

27. Дата взятия под наблюдением медицинской организацией «__» _____

20__ год

28. Клинико-трудовой анамнез, диагностика, лечебные мероприятия

29. Анамнез заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение в настоящее время (в том числе противорецидивное), эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб изменения в соматическом статусе, общая оценка результатов лечения и медицинской реабилитации): _____

30. Состоит ли пациент на диспансерном учете

нет

да (указать все диагнозы по диспансерному учету):

Диагноз (Код МКБ) _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

Дата снятия с диспансерного учета _____

31. При наличии травмы:

тип травмы (выбрать одно из полей):

бытовая

производственная

уличная (кроме дорожно-транспортной)

дорожно-транспортная

школьная

спортивная

прочие

дата получения травмы _____

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

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

АД _____ миллиметр ртутного столба

ЧСС _____ минут

Пульс _____ минут

ЧДД _____ минут

Температура тела _____

Рост _____ сантиметр

Вес _____ килограмм

Объем бедра _____ сантиметр

Объем талии _____ сантиметр

33. Изменение условий труда _____

34. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

№ листа или справки о временной нетру- доспособности	с _____ 20 _____ года	по _____ 20__ года	Число календарных дней нетрудо- способности	Код по МКБ-10
			Всего календарных дней	

35. План реабилитационных мероприятий:

- мероприятия по медицинской реабилитации
- обеспечение протезно-ортопедическими средствами
- обеспечение сурдотехническими средствами
- обеспечение тифлотехническими средствами
- обеспечение специальными средствами передвижения
- обеспечение обязательными гигиеническими средствами
- предоставление услуг индивидуального помощника
- предоставление услуг специалиста жестового языка

- санаторно-курортное лечение
- оказание специальных социальных услуг
- содействие в трудоустройстве
- содействие в обучении/переобучении.

36. Результаты консультации специалистов с указанием жалоб, данных объективного обследования с отражением степени нарушения функций организма, диагнозов и рекомендаций. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения реабилитации) прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименования услуги _____

Даты проведения _____

Наименования медицинской организации (Исполнитель) _____

37. Результаты клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Наименования услуги _____

Даты проведения _____

Наименования МО (Исполнитель) _____

38. Результаты активного посещения пациента, вызывающего скорую /неотложную медицинскую помощь. Медицинские документы прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

Даты активного посещения _____

Наименования МО (Исполнитель) _____

39. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ:

40. Основной диагноз (код МКБ 10) _____

Основной диагноз (текст) _____

41. Осложнение (код МКБ 10) (указать имеющиеся осложнения):

Осложнение (текст) (указать имеющиеся осложнения):

42. Диагноз сопутствующего заболевания (код МКБ 10): _____

Диагноз сопутствующего заболевания (текст) _____

43. Цель направления на МСЭ:

установление инвалидности

переосвидетельствование

досрочное переосвидетельствование

установление степени утраты общей трудоспособности:

первично повторно

первично повторно

установление степени утраты профессиональной трудоспособности:

первично повторно

первично повторно

изменение причины инвалидности

формирование или коррекция ИПР

необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе.

44. Удостоверено: ФИО (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК или лица его замещающего.

45. ФИО (при его наличии) лечащего врача, заполнившего форму 031/у

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

(код быстрого отклика).

47. Согласие на сбор, обработку и передачу персональных данных и сведений, составляющих охраняемую законом тайну пациента, необходимых для

установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и (или) определения необходимых мер социальной защиты (при оказании государственной услуги с выездом или заочно):

да

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

Ответ, полученный от пациента или законного представителя _____

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

**Извещение об экспертном заключении МСЭ № ___ от _____
к форме 031/у № ___ от _____ 20__ год**

1. Наименование МО (направившей) (из регистра МО) _____

2. Дата вынесения экспертного заключения _____ 20__ год

3. ИИН _____

4. Фамилия _____

5. Имя _____

6. Отчество (при его наличии) _____

7. Дата рождения _____ год

8. Клинико-экспертный диагноз: _____

Основной диагноз (наименование, Код МКБ-10) _____

Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10) _____

9. Экспертное заключение МСЭ:

группа инвалидности _____

причина инвалидности _____

срок инвалидности _____

срок зачтен с _____ 20__ год

дата переосвидетельствования _____ 20__ год

10. Степень утраты общей трудоспособности (УОТ) _____ %

срок степени УОТ _____

11. Степень утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) _____ %

причина УПТ _____

срок степени УПТ _____

дата переосвидетельствования степени УПТ _____ 20 __ год

12. Рекомендации в социальной и (или) профессиональной части ИПАР лица
 с инвалидностью № _____

по социальной реабилитации _____

по профессиональной реабилитации _____

13. Обоснование возврата документов с указанием причин

14. Номер Акта медико-социальной экспертизы № _____

15. Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/МК МСЭ _____

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

Примечание 2. Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в
 электронном виде и подписывается ЭЦП руководителем отдела МСЭ.

Список сокращений:

1	ID	Идентификатор (ЭЦП, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его)
2	РПН	Регистр прикрепленного населения
3	БМГ	База мобильных граждан
4	АД	Артериальное давление
5	ЧСС	Частота сердечных сокращений
6	ЧДД	Частота дыхательных движений
7	ВКК	Врачебно-консультативная комиссия
8	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
9	ИПАР	Индивидуальная программа абилитации и реабилитации
10	МСЭ	Медико-социальная экспертиза
11	МО	Медицинская организация
12	Отдел МСЭ	Отдел медико-социальной экспертизы
13	Отдел МК МСЭ	Отдел методологии и контроля МСЭ
14	ФИО (при его нали- чии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
15	ЭЦП	Электронная цифровая подпись

16	УОТ	Утрата общей трудоспособности
17	УПТ	Утрата профессиональной трудоспособности
18	МКБ	Международная классификация болезней
19	QR код (Quick Response code)	Код быстрого отклика

Форма № 032/у «Журнал регистрации медицинской реабилитации лиц с инвалидностью»

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

Продолжение таблицы

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

Форма № 033/у «Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации и реабилитации лица с инвалидностью» № ___ от «___» _____ 20___ год

1. ИИН _____
2. Фамилия _____
3. Имя _____
4. Отчество (при его наличии) _____
5. Дата рождения «___» _____ год
6. Адрес регистрации _____
7. Телефон _____
8. Образование _____
9. Место работы/место учебы/дошкольное учреждение _____
10. Группа инвалидности _____

11. ИПАР разработан: впервые ; повторно

12. Реабилитационный диагноз (МКБ-10) _____

13. Для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями) (в баллах)

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

14. Для пациентов других профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал

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

*- выбор значения из: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный

** - выбор значения из: высокий, средний, низкий, отсутствует

15. Этап медицинской реабилитации:

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

16. Мероприятия по проведенной и планируемой медицинской реабилитации

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

*** - выбор значения из: физическая реабилитация, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, консультация социального работника, обучение пациента, реконструктивная хирургия, реабилитация в дневных стационарах, круглосуточных стационарах, реабилитационных центрах, стационарах на дому, санаторно-курортное лечение, дополнительные услуги

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

полное восстановление нарушенных функций

частичное восстановление нарушенных функций

полная компенсация нарушенных функций

частичная компенсация нарушенных функций

отсутствие положительного результата

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

Список сокращений:

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

Форма № 034/у «Извещение»

Направлено в:

Общая часть

1. ИИН

2. ФИО (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. ФИО (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 ФИО (при его наличии)

2.2 Отношение к пациенту

2.3 Адрес проживания

2.4 Контакты

3. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и
дополнительные сведения

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

1. Общий стаж работы

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

3. Вредный производственный фактор, вызвавший заболевание

4. Если отравление – указать где произошло, чем отравлен

Заполняется при онкологическом заболевании:

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

Заполняется при трансплантации органа (части органа) реципиента:

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

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

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

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, 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	ФИО (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

<p>Контрольный талон к справке о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя № _____</p> <p>Выдана</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии)</p> <p>Дата рождения</p> <p>Пол</p> <p>Место работы</p> <p>Наименование предприятия, организации, хозяйства</p> <p>Диагноз</p> <p>Заключительный диагноз</p> <p>Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)</p> <p>Освобожден от работы с дд/мм/гг по дд/мм/гг</p> <p>Фамилия врача, выдавшего справку</p> <p>Идентификатор врача</p> <p>Приступить к работе (число и месяц)</p> <p>Должность, фамилия и идентификатор врача (идентификатор лечебной организации)</p>	<p>Форма № 036/у «СПРАВКА о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией № _____»</p> <p>Выдана</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии)</p> <p>Дата рождения</p> <p>Пол</p> <p>Место работы</p> <p>Наименование предприятия, организации, хозяйства</p> <p>Диагноз</p> <p>Заключительный диагноз</p> <p>Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)</p> <p>Режим направлен на МСЭ (ВТЭ), дата и время</p> <p>Находился в стационаре с дд/мм/гг по дд/мм/гг</p> <p>Идентификатор врача</p> <p>Освидетельствован МСЭ (ВТЭ), дата и время</p> <p>Заключение МСЭ (ВТЭ)</p> <p>Перевести временно на другую работу с _____ по _____ (Идентификатор МСЭ (ВТЭ))</p> <p>Идентификатор главного врача</p> <p>Идентификатор председателя</p>
--	---

<p>Контрольный талон к справке</p> <p>№ _____</p> <p>Дата выдачи</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии)</p> <p>Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации</p> <p>Диагноз заболевания</p> <p>Освобожден с _____ по _____</p> <p>Освобождение продлено: с _____ по _____</p> <p>Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку</p>	<p>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)»</p> <p>Дата выдачи</p> <p>Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)</p> <p>Название учебного заведения, дошкольной организации</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии)</p> <p>Дата рождения (год, месяц, для детей до 1 года-день)</p> <p>Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия)</p> <p>Наличие контакта с инфекционными пациентами (нет, да, какими)</p> <p>нужное подчеркнуть, вписать</p> <p>освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации с дд/мм/гг по дд/мм/гг</p> <p>Идентификатор медицинской организации</p> <p>Идентификатор врача поликлиники</p>
---	---

<p>Контрольный талон к справке № _____</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер _____</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____</p> <p>Дата рождения _____</p> <p>Место службы, работы _____</p> <p>Дата рождения _____</p> <p>Место службы, работы _____</p> <p>Диагноз заболевания (прочие причины освобождения) _____</p> <p>Освобожден с дд /мм/гг по дд/мм/гг _____</p> <p>Освобождение продлено: с дд /мм/гг по дд/мм/гг _____</p> <p>Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку _____</p> <p>Примечание: _____</p> <p>Контрольные талоны служат для учета выданных справок.</p>	<p>Форма № 038/у «Справка № _____ о временной нетрудоспособности»</p> <p>Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопедическое протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организациях, 4. усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за пациентом родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное подчеркнуть)</p> <p>Дата выдачи _____</p> <p>Индивидуальный идентификационный номер _____</p> <p>Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____</p> <p>Дата рождения _____</p> <p>Адрес проживания _____</p> <p>Место службы, работы _____</p> <p>Профессия, должность _____</p> <p>Диагноз заболевания (прочие причины освобождения) _____</p> <p>Наличие контакта с инфекционными пациентами (нет, да, какими) _____ (подчеркнуть, вписать)</p> <p>Освобождение от работы _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">с какого числа</td> <td style="width: 20%;">по какое число (включительно)</td> <td style="width: 20%;">должность и фамилия врача</td> <td style="width: 20%;">подпись врача</td> <td style="width: 20%;">подпись председателя ВКК</td> </tr> </table> <p>Приступить к работе с дд/мм/гг _____</p> <p>Идентификатор медицинской организации _____</p>	с какого числа	по какое число (включительно)	должность и фамилия врача	подпись врача	подпись председателя ВКК
с какого числа	по какое число (включительно)	должность и фамилия врача	подпись врача	подпись председателя ВКК		

20____ год «____» _____

Лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Дата рождения _____

обвиняемого по статье _____

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

которого решается вопрос о дееспособности (нужное подчеркнуть)

Экспертиза первичная, повторная, дополнительная; в двух последних случаях указывается когда,

кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

Вопросы, поставленные перед экспертами:

1. _____

2. _____

3. _____

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

Председателя _____

Членов комиссии _____

Врача-докладчика _____

Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье 420 Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены.

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

**Форма № 040/у « Заключение психиатрического освидетельствования
осужденного»**

_____ на испытуемого

Дата рождения: _____ осужденного по статье _____ на
срок _____

Срок наказания исчисляется с _____

Психиатрическое освидетельствование осужденного произвела судебно-
психиатрическая комиссия

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

Председателя _____

Членов комиссии _____

Врача-докладчика _____

на основании постановления _____ от 20____ года

Права и обязанности эксперта, предусмотренные от _____

УК _____

об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по
статье. УК _____ эксперты предупреждены.Остальные разделы «Заключения» излагаются на следующих _____
листах.Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения),
развитие заболевания, если таковое имеется: описание физического,
неврологического, психического состояния и данные лабораторных
исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается
диагноз и экспертное заключение)**Форма № 041/у «Медицинское свидетельство о рождении № _____ (выдается
для предоставления в регистрирующие органы)»**

Дата выдачи « ___ » _____ 20 ____ год

1. ИИН
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность, при их
отсутствии - данные заполняются со слов матери)
3. Адрес (место постоянного жительства матери)
4. Дата рождения матери
5. Национальность матери
6. Семейное положение матери
7. Образование матери
8. Дата и время родов
9. Место родов
10. Пол ребенка
- 10-1. Ребенок родился: при одноплодных родах
- 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных
родах - 4
- 10-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переносный -
3
- 10-3. Масса ребенка при рождении и рост (см).
- 10-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность
живорождений)
11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача,
(среднего медицинского работника)
Идентификатор медицинской организации Идентификатор медицинской организации
или физического лица, работника _____
занимающегося частной медицинской практикой

К сведению родителей

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Дата комиссии	ФИО (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	Общепроверти ПЭК,
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Форма № 044/у «Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (дому)»

1. Регистрационный номер карты	РНК	<input type="text"/>
--------------------------------	-----	----------------------

2. Карта:

– первичная

– вторичная

3. Фамилия _____ ИМЯ _____

отчество (при его наличии) _____

4. ИИН _____

5. Национальность _____

6. Дата рождения / ____ / ____ / ____ / (дд/мм/гггг)

7. Возраст _____ (полных лет)

8. Место жительства _____

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

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

10. Диагноз направившей организации

Код МКБ-10

11. Диагноз заключительный

Код МКБ-10

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

Экспертная оценка качества медицинской помощи

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

0 – неизвестно;

1 – не наблюдался;

2 – дефектов не выявлено;

3 – отсутствие динамического наблюдения;

4 – недостатки обследования:

4.1 – не обследован,

4.2 – неполное лабораторно - инструментальное обследование,

4.3 – недостатки консультативной помощи профильных специалистов;

5 – описания жалоб и анамнезов:

5.1 – полные,

5.2 – неполные,

5.3 – не соответствуют диагнозу,

5.4 – анамнез не указан,

5.5 – анамнез не раскрыт полностью;

6 – недооценка тяжести состояния пациента;

7 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования;

8 – неадекватная терапия:

8.1 – лечение не проведено,

8.2 – проведено не в полном объеме,

8.3 – назначения без показаний;

9 – отсутствие госпитализации:

9.1 – рекомендовано,

9.2 – не рекомендовано;

10 – запоздалая госпитализация;

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

11.1 – стандарты соблюдаются,

11.2 – стандарты не соблюдаются,

11.3 – диспансеризация не проводилась;

12 – результаты лечения:

12.1 – летальный исход предотвратимый,

12.2 – исход «ухудшение» (экспертная оценка),

12.3 – исход «без перемен» (экспертная оценка),

12.4 – госпитализация в стационар вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне;

13 – наличие рекомендаций:

13.1 – отсутствуют,

13.2 – неполные,

13.3 – полные.

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

0 – нарушение транспортировки до госпитализации в стационар;

-
- 1 – дефектов не выявлено;
 - 2 – дефекты госпитализации:
 - 2.1 – необоснованный отказ в госпитализации,
 - 2.2 – жалобы на качество оказанных медицинских услуг,
 - 2.3 – привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП,
 - 2.4 – случаи летальных исходов предотвратимые,
 - 2.5 – случаи осложнений, возникающих в результате лечения,
 - 2.6 – случаи с исходом заболевания «ухудшение» (экспертная оценка),
 - 2.7 – случаи с исходом заболевания «без перемен» (экспертная оценка),
 - 2.8 – случаи расхождения направительного и клинического диагнозов,
 - 2.9 – случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов;
 - 3 – досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях;
 - 4 – описания жалоб и анамнезов:
 - 4.1 – неполные,
 - 4.2 – не соответствуют диагнозу,
 - 4.3 – анамнез не указан,
 - 4.4 – анамнез не раскрыт полностью;
 - 5 – недостатки диагностики:
 - 5.1 – неполная,
 - 5.2 – несвоевременная,
 - 5.3 – недооценка тяжести состояния,
 - 5.4 – отсутствие динамического наблюдения;
 - 6 – ошибка в диагнозе:
 - 6.1 – диагноз полный (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),
 - 6.2 – диагноз не полный,

6.3 – диагноз не установлен;

7 – кратковременное пребывание пациента в стационаре (менее 3 суток);

8 – недостатки обследования:

8.1 – недоучет анамнестических и клинических данных,

8.2 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования,

8.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов,

8.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов,

8.5 - назначение обследований без показаний,

8.6 - консилиум врачей (по показаниям):

8.6.1 - проведен в полном объеме и своевременно,

8.6.2 – не проведен;

9 – неадекватная терапия:

9.1 - проведено не в полном объеме,

9.2 - назначения без показаний;

10 - оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - недостатки в проведении оперативного вмешательства:

11.1 - запоздалое оперативное вмешательство,

11.2 - неадекватный объем и метод оперативного вмешательства,

11.3 - технические дефекты при операции,

11.4 - операции без должных показаний,

11.5 - неадекватная анестезия,

11.6 - отсутствие профилактики возможных осложнений,

11.7 - отсутствие трансфузионных средств;

12 - описания жалоб и анамнезов:

12.1 – полные,

12.2 – неполные,

12.3 - не соответствуют диагнозу,

12.4 - анамнез не указан,

12.5 - анамнез не раскрыт полностью;

13 - результаты лечения:

13.1 - летальный исход (предотвратимый),

13.2 - исход «ухудшение» (экспертная оценка),

13.3 - исход «без перемен» (экспертная оценка);

1. Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы								Исследование операционного и биопсийного материала)	
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		Ятро-гения	
	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 том числе 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 __ жыл (год)

ФИО (при его наличии) (при его наличии) оператора _____

Дата ввода карты «__» _____ 20 __ жыл (год)

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 __ год

**(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, при наступлении 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. При наступлении 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

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

При наступлении 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: ФИО (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. При наступлении смерти женщины:

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

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

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

19. Дополнительные сведения:

20. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство,
 его адрес

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

Идентификатор медицинской организации

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

Примечание:

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

Форма № 046/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)»	
Дата выдачи	
1 - мертворожденный	2 - <input type="checkbox"/> умер на 1-й неделе жизни <input type="checkbox"/>
Место для шифра 1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> 7 <input type="text"/> <input type="text"/> 8 <input type="text"/> <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/> 10 <input type="text"/> <input type="text"/> 11 <input type="text"/> <input type="text"/> 12.1 <input type="text"/> <input type="text"/> 12.2 <input type="text"/> <input type="text"/> 13 <input type="text"/> <input type="text"/> 14 <input type="text"/> <input type="text"/> 15 <input type="text"/> <input type="text"/> 16 <input type="text"/> <input type="text"/> 17 <input type="text"/> <input type="text"/> 18 <input type="text"/> <input type="text"/> 19 <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 21 <input type="text"/> <input type="text"/> 22 <input type="text"/> <input type="text"/> 23 <input type="text"/> <input type="text"/>	1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего (мертворожденного) 2. Пол: мужыл - 1 жен. - 2 не определен - 3 (подчеркнуть) 3. Дата рождения (мертворождения): _____ мин, _____ час, _____ число, _____ месяц, _____ год 4. Дата смерти: _____ мин, _____ час, _____ число, _____ месяц, _____ год 5. Место смерти (мертворождения): а) _____ Республика, _____ область/ ГРЗ _____ район/ГОЗ/район в ГРЗ _____ округ/поселковый акимат /район в ГОЗ/акимат города районного значения _____ Населенный пункт _____ (город -1, село - 2) _____ ул., дом _____, кв. № _____ б) смерть (мертворождение) произошла: 1 - в стационаре - 1 (вписать) _____, 2 – дома - 2, 3 - в другом месте - 3 (вписать): _____ 6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери _____ 7. Дата рождения матери: _____ число, _____ месяц, _____ год 8. Национальность _____ 9. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5 Для состоящих в браке: число, месяц, год заключения брака _____ 12.1 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа _____ 12.2 _____ (сведения заполнены на основании записей в свидетельстве о браке, со слов матери – нужное подчеркнуть) 10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного): _____ Республика _____ область/ ГРЗ _____ район/ ГОЗ/район в ГРЗ. _____ округ/поселковый акимат /район в ГОЗ/акимат города районного значения _____ населенный пункт _____ улица, домі _____, кв.№ _____ 11. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8. 12.1. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) _____ _____ 12.2. Должность или выполняемая работа _____ 13. Какая по счету беременность _____ 14. Какие по счету роды _____ 15. Предшествующие беременности закончились: рождением живого ребенка _____ 1,

24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	

мертворождением _____ 2, самопроизвольным выкидышем _____ 3, искусственным абортom _____ 4 (указать сколько)

16. Дата последней менструации _____

Продолжительность настоящей беременности _____ недель

17. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 (подчеркнуть)

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 состоялась 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)

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)

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.

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 смерти не установлен - 4.

31 Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) _____	_____
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) _____	_____
д) другие сопутствовавшие состояния _____	_____

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.

33. а) Свидетельство выдано, наименование медицинской организации:

б) Фамилия, имя, отчество, должность и подпись медицинского работника, выдавшего свидетельство _____

печать _____	подпись _____	Руководитель медицинской организации _____	фамилия _____
--------------	---------------	--	---------------

34. Удостоверение/паспорт матери № _____

35. Подпись матери _____ дата _____ Заполняется в регистрирующем органе

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

_____ год «__» _____	/подпись _____
----------------------	----------------

-----Линия отреза-----

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

Дата выдачи 20 ____ год «__» _____

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. ФИО (при его наличии) (при его наличии) мужа

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

Область/ ГРЗ _____ Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ

_____ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ
/Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2)

_____ ул., дом № _____, кв. № _____

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

Должность или выполняемая работа _____

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

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

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

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

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

13. Место смерти (мертворождения):

а) _____ / Республика _____ Область/
ГРЗ _____

Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____ Округ
/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/

Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2)

_____ ул., дом № _____, кв. № _____

б) смерть (мертворождение) произошла: 1 – в стационаре

_____ 2 -дома _____,

3 - в другом месте _____ (вписать)

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

15. Какие по счету роды _____, беременность _____

16. Продолжительность настоящей беременности _____ полных недель.

17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением – 1,

мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем – 3, медицинским абортom - 4, в том числе по мед. показаниям - 5

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:

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

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

19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки) _____

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

21. Осложнения родов:

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

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

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

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

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

26. Масса ребенка (плода) при рождении _____ Г

27. Рост ребенка (плода) _____ см.

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

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

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

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

32. Медицинские факторы риска настоящей беременности		35. Акушерские процедуры	
Анемия	01	Амниоцентез	01
Болезни системы кровообращения	02	Мониторинг плода	02
Болезни органов дыхания	03	Стимуляция плода	03
Инфекционные и паразитарные болезни матери	04	Ультрасонография	04
Гипертензия кардиоваскулярная	05	Другие (указать)	05
Гипертензия почечная	06	Не производили	00
Вызванная беременностью гипертензия	07	36. Осложнения периода новорожденности:	
Сахарный диабет	08	Анемия	01
Болезни почек	09	Фатальный алкогольный синдром	02
Гидрамнион (многоводие)	10	Синдром мекониевой пробки	03
Олигогидрамнион	11	Легочная вентиляция до 30 мин	04
Эклампсия	12	Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Кровотечение в ранние сроки беременности	13	Другие (указать)	06
Инфекция мочеполовых путей	14	Нет осложнений	00
Недостаточность питания при беременности	15	37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)	
Генитальный герпес	16	Анэнцефалия	01
Недостаточность плаценты	17	Спинно-мозговая грыжа	02
Rh-сенсбилизация	18	Энцефалоцеле	03
Крупный плод	19	Гидроцефалия	04
Гипотрофия плода	20	Расщелина неба	05
Другие (указать)	21	Тотальная расщелина губы	06
Не было	00	Атрезия пищевода	07
33. Прочие факторы риска во время беременности:		Атрезия ануса	08
Курение	01	Эписпадия	09
Употребление алкоголя	02	Редукционные пороки конечностей	10
34. Осложнения родов:		Омфалоцеле	11

Гипертермия во время родов	01	Синдром Дауна	12
Предлежание плаценты	02	Другие (указать)	13
Преждевременная отслойка плаценты	03	Не было	00
Стремительные роды	04	38 Социальные факторы	
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	05	Мать взята под наблюдение:	
Кровотечение во время родов	06	В первой половине беременности	01
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	07	Во второй половине беременности	02
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	08	Причины:	
Другие (указать)	09	- оплата за мед. услуги	02.1
Не было	00	- 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:

Запись 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:

ФИО (при его наличии) родственника	Кем приходится	Телефон
------------------------------------	----------------	---------

Первичный осмотр врача

1. Дата и время осмотра

2. Анамнез болезни

3. Анамнез жизни

4. Жалобы

5. Аллергоанамнез (включая непереносимость препаратов)

6. Перенесенные инфекции название заболевания дата заболевания

Туберкулез

да

нет Кож-Вен.

да

нет

Гепатит

да

нет др.

Вирусный гепатит

да

нет

Корь, краснуха

да

нет

Ветряная оспа

да

нет эпидемический паротит

да

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными пациентами не был

7. Признаки особо опасных инфекций и ОРВИ

да

нет

Если да, пациент помещен в изолятор

да

нет

8. Вид транспортировки

Осмотр проведен: ФИО (при его наличии) ИД

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Повышение температуры тела	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Отделяемое из носа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Кашель	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Боль в горле	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Рвота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
Жидкий стул	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	нет	да	
Метеоризм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	нет	да	
Уретральный катетер	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	нет	да	
Зондовое питание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	нет	да	
Калостома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	нет	да	
Пролежни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		нет	да
	Трахеостома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
Наличие дисфагии		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
Наличие за последние 6 месяцев (вписать в строку)	Судороги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Травмы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
	Операции	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
Принимает противосудорожные препараты		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
Особенности поведения, слабый зрительный контакт, стереотипии		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		нет	да
Аллергологический анамнез (если да, написать на что, побочное действие)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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 ФИО (при его наличии) и ID врача приемного покоя ФИО (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: ФИО (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. ФИО (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.
- ФИО (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. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 3
к реабилитационной карте

Информированное согласие пациента

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

ИИН

ФИО (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:

ФИО (при его наличии)

1) Мне разъяснены возможные последствия переливания крови и ее компонентов (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 соблюдении рекомендаций по поведению пациента туберкулезом, возникновении побочных реакций, применении мер принудительной изоляции при уклонении и/или отрывов (нарушение режима).

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

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

Подпись: _____ Дата и время

Если заполнил родственник/опекун /законный представитель пациента:

ФИО (при его наличии)

ФИО (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 ФИО (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. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 6
к реабилитационной карте

Консультация специалиста

-
1. Дата и время осмотра
 2. Вид консультации
 3. Жалобы: _____
 4. Анамнез жизни: _____
 5. Анамнез заболевания: _____

 6. Объективные данные: _____

 7. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований
 8. Диагноз
 9. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств
 10. ФИО (при его наличии) и идентификатор лечащего врача
При наличии:
11. Записи консилиумов содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендациям по обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется.
- Выписной эпикриз
1. Диагноз клинический Дата установления
 2. Другие виды лечения
 3. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности № листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности
 4. Исход пребывания. Переведен в МО (из регистра МО)
 5. Трудоспособность
 6. Дата и время выписки
 7. Проведено койко-дней
 8. Для поступивших на экспертизу – заключение

Заведующий отделением ФИО (при его наличии) ID Лечащий врач ФИО
(при его наличии) ID

Заполняется при наступлении смерти:

Умер дд/мм/гг Аутопсия проводилась:

да

нет

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

сопутствующий

Врач ФИО (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	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
6	ЧДД	Частота дыхательных движений
7	ЧСС	Частота сердечных сокращений
8	ЛФК	Лечебная физическая культура

Форма № 048/у «Обменная карта беременной и родильницы № _____»

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной
Дата и год рождения
ИИН
Дата взятия на учет
Профессия
Образование
Домашний адрес
Телефон
Группа крови беременной
Резус принадлежность беременной
Дата определения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа
ИИН мужа
Профессия
Образование
Домашний адрес
Телефон
Группа крови, резус фактор (по показаниям)
Результат флюорографического обследования

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

Ваш врач:
Телефон
Акушерка
Участок
Кабинет
Телефон

Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации

Прием:

	Часы приема:
Понедельник	
Вторник	
Среда	
Четверг	
Пятница	
Суббота	

Обратилась по направлению

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Уважаемая _____ !

Поздравляем Вас!

Вы – будущая мама! Мы рады содействовать

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

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

Инструкции:

- Внимательно прочитайте и просмотрите все содержимое обменной карты.
- Берите с собой эту карту всегда, в том числе, когда Вы обращаетесь в любое медицинское учреждение.
- Заполните информацию самостоятельно на указанных страницах.

При возникновении вопросов, обратитесь к медицинскому работнику

Анамнез

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

Менструальная функция

Менархе с лет
Длительность менструации
Продолжительность цикла, обильные умеренные скудные (подчеркнуть)
Половая жизнь с лет
Брак: зарегистрирован; не зарегистрирован; не замужем (подчеркнуть)
Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований
Гинекологический анамнез
Контрацепция
Гинекологические операции

Акушерский анамнез:

Сколько всего было беременностей, из них:	
родов	
самопроизвольных выкидышей	
внематочных беременностей	
медицинских аборт	

Пари-тет	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 год
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
Мочиспускание 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			

6. Ультразвуковой скрининг

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

Консультации

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

Общее состояние

Особенности телосложения:
Нормостеник (астеник, гиперстеник)
Кожные покровы
Температура
Состояние полости рта
Состояние зева, миндалин
Осмотр области щитовидной железы
Лимфоузлы
Отеки (нет, есть, локализация)
Осмотр молочных желез
Состояние органов дыхания
Сердечно-сосудистой системы
Пульс
АД: на правой руке _____ на левой руке _____

Живот (мягкий безболезненный)
Печень, селезенка
Симптом поколачивания
Другие органы
Мочиспускание _____ 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)

- 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

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

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

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

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

Диагноз

Рекомендации

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

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

Диагноз

Рекомендации

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

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

Диагноз

Рекомендации

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

4 визит		Первый день последней менструации									4 визит	
		Ожидаемая дата родов										
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

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

5 визит		Первый день последней менструации									5 визит	
		Ожидаемая дата родов										
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

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

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

Диагноз

Рекомендации

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

7 визит			Первый день последней менструации								7 визит	
			Ожидаемая дата родов									
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболелания	
					Нет	Нет	Нет		Нет			
					Да	Да	Да		Да			

Диагноз

Рекомендации

ФИО медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Продолжение таблицы

Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего			Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначения)	Примечания
	При аварийной ситуации	Через 1 мес.	Через 3 мес.			
11	12	13	14	15	16	17
						Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

ФИО (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:		Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование:

Направления:		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 _____ год

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 %.

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

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

7.1 Место рождения:

<input type="checkbox"/>	в стационаре****	<input type="checkbox"/>	в другом месте	<input type="checkbox"/>	дома
8. Переведен	<input type="checkbox"/>	в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детского стационара	<input type="checkbox"/>	в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации	
	<input type="checkbox"/>	в другой стационар			
9. День перевода: _____ число _____ месяц _____ год _____ время (час, минуты)					
10. Выписан:	<input type="checkbox"/>	на участок по месту жительства			

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

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

13. Место жительства*****: область/город республиканского значения

_____ район /город областного значения _____, населенный пункт _____,
домашний адрес

14. Организация прикрепления

15. Масса (вес) ребенка (мертвоорожденного) при рождении _____ год

16. Рост ребенка (плода) при рождении _____ см.

17. Дата рождения матери: _____ дата _____ месяц _____ год

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	вдо- ва
<input type="checkbox"/>	разведена	<input type="checkbox"/>	неизвестно				

19. Ребенок родился при сроке беременности _____ полных недель.

20. Которые по счету роды _____.

21. Который по счету родившийся ребенок у матери _____.

22. Которая по счету беременность _____.

23. Место смерти:

область /город республиканского значения _____,

район /город областного значения _____,

населенный пункт _____,

медицинская организация _____

24. Смерть (мртворождение) наступила:		<input type="checkbox"/>	в ста- цио- наре	<input type="checkbox"/>	на до- му	<input type="checkbox"/>	в доме ребенка			
<input type="checkbox"/>	в ро- диль- ном доме	<input type="checkbox"/>	в другом месте							
25. При наступлении смерти в родиль- ном отделении:		<input type="checkbox"/>	умер до суток пребывания в родильном отделении							
в стациона- ре:		умер до суток пребывания в стационаре								
26. Смерть ребенка (мртворождение) произошла от:					<input type="checkbox"/>	за- бо- ле- ва- ния	<input type="checkbox"/>	несчаст- ного случая	<input type="checkbox"/>	убий- ства
<input type="checkbox"/>	не установ- лено									

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

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

	Клинический диагноз	Патологоанатомиче- ский диагноз	код МКБ- 10	
Состояние здоровья матери				
d)				
e)				
29. Предотвратимость смерти*****:		нет	да	условно предотвратима
	Наименование медицинской ор- ганизации	Предотвратимость смерти		
		да	Условно предотвратима	

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

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

Дата заполнения карты « _____ » _____ 20__ год

ФИО (при его наличии)
 оператора _____

дата ввода карты « _____ » _____ 20__ год

Примечание:

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

** - для случаев перинатальной смертности;

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

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

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

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

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

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

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

е) другие сопутствующие состояния;

***** - предотвратимость смерти определяется экспертами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. При наступлении смерти, если смерть была предотвратима или условно предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

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

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

Форма № 051/у «Карта учета материнской смерти»

1. Регистрационный № карты _____ РМН:	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																							
2. Карта:	<input type="checkbox"/> первичная	<input type="checkbox"/> вторичная																						

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

4. Национальность

5. Дата рождения _____ число _____ месяц _____ год

6. Возраст (полных лет) _____

7. ИИН _____

8. Дата смерти _____ число _____ месяц _____ год	9. Житель:	<input type="checkbox"/>	города	<input type="checkbox"/>	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 том числе с учетом уровня регионализации:

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

17. Срок беременности _____ полных недель

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

20. Которая по счету беременность _____.

21. Которые по счету роды _____.

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

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

24.

Диагноз клинический:	код МКБ -10

25.

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

26. Предотвратимость смерти**:		<input type="checkbox"/>	нет	<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	условно предотврати- ма
	Наименование медицинской организации	Предотвратимость смерти					
		да	Условно предотвра- тима				

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

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

Дата заполнения карты « ____ » _____ 20 ____ год

ФИО (при его наличии) оператора _____

Дата ввода карты « ____ » _____ 20 ____ год

Примечание:

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

б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины;

с) основная причина смерти;

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

******- предотвратимость смерти определяется экспертами Министерства здравоохранения Республики Казахстан. При предотвратимой или условно предотвратимой смерти указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

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

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

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

Приложение 3 к приказу
Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 9 июля 2025 года
№ 64

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. ФИО (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, ФИО (при его наличии) врача
- Идентфикатор, ФИО (при его наличии) среднего медицинского работника
- Индивидуальный план работы с семьей в организациях ПМСП

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

3

*Внесение данных о пролеченном случае в форму 052/у «Медицинская карта амбулаторного пациента» (далее – медицинская карта) осуществляется в день завершения амбулаторного лечения. Введенные данные после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода данных результатов гистологических и патоморфологических исследований.

В случае смерти пациента, не состоявшего на динамическом наблюдении, на дому, без признаков насильственной смерти, медицинская карта передается в патологоанатомическое бюро (далее - ПАБ)/центральное патологоанатомическое бюро области (далее - ЦПАО)/патологоанатомическое отделение (далее - ПАО) не позднее 10 часов утра дня, следующего после дня установления факта смерти. После факта передачи медицинской карты умершего в ПАБ/ЦПАО/ПАО ведение, формирование и корректировка данных осуществляться не может, за исключением случаев ввода данных результатов гистологических и патоморфологических исследований, проведенных при жизни пациента, а также ввода в медицинскую карту патологоанатомического диагноза после патологоанатомического вскрытия.

Вкладной лист 1
к медицинской карте
амбулаторного пациента

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

Задачи осмотра новорожденного:

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

Дата осмотра

Возраст: .

Температура

При рождении:

Вес: кг

Рост см

ИМТ

Окружность головы

см

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности.

Анамнез.

Отягощенный анамнез:

да

нет

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

Проверьте рефлексы (на симметричность): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки

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

Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____

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

Видимые врожденные пороки

Костная система _____

форма головы _____ швы _____

большой родничок _____

малый родничок _____

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

Органы дыхания: _____

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

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более
100 /мин);

Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;

Пальпация бедренного пульса _____ (в норме
симметрично с двух сторон)

Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка

Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности)

Пуповина _____

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

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

Стул _____ (в норме золотисто-желтый,
кашицеобразный, с

кисловатым запахом)

Определите, есть ли проблемы кормления, проблемы питания:

• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

да

нет

• Ребенок кормится грудью?

да

нет

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

• Вы кормите грудью ночью?

да

нет

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

да

нет

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

Пользуетесь при кормлении: .

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

Оцените кормление грудью:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

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

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

- Подбородок касается груди

да

нет

- Рот широко раскрыт

да

нет

- Нижняя губа вывернута наружу

да

нет

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

да

нет

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

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)

да

нет

Оцените уход в целях развития:

- Как Вы играете с Вашим ребенком?

- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы развития

Проверьте прививочный статус младенца:

Подчеркните прививки, которые ребенок получает сегодня:

Гепатит В 1- 0

БЦЖ _____

Визит для следующей прививки

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

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

Гигиена ребенка

Проблемы ухода

Оценка здоровья матери:

1. Осмотр молочных желез:

Проблемы

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

1. глубокая тревожность и беспокойство	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:

<ul style="list-style-type: none"> - Преимущества и практика грудного вскармливания - Обеспечение исключительно грудного вскармливания - Техника сцеживания грудного молока (при наличии) - Оптимальное питание матери. - Личная гигиена матери - Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая) - Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны - Правила поведения и уход при болезни ребенка (опасные признаки). 	<ul style="list-style-type: none"> - Стимуляция психосоциального развития - Уход за новорожденным, режим прогулок - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая - Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк) - Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери. - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая - Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно обращается к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания
--	--

<ul style="list-style-type: none">- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).- Другие рекомендации- Правила поведения и уход при болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).	
---	--

Идентификатор/ФИО (при его наличии) врача

Идентификатор/ФИО (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 год

Рост см.

ИМТ

Окружность головы

см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка:

Кожа: Пуповина

Слизистые ротовой полости

Зев

Конъюнктивы

Большой родничок

Органы дыхания:

Частота дыхания

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)

Сердечный ритм;

Сердечные шумы;

Органы пищеварения: живот

печень

селезенка

Мочеиспускание; Стул

Диагноз:

Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания

• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

да

нет

• Ребенок кормится грудью?

да

нет

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

• Вы кормите грудью ночью?

да

нет

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

да



нет

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

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

Если младенцу больше 6 месяцев:

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

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

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

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

8. Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

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

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

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

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня



Гепатит В 1- 0



БЦЖ



АКДС 1+hib 1



Гепатит В 2



ОПВ-1



АКДС 2+ hib 2



Гепатит В 3



ОПВ-2



АКДС 3+ hib 3



ОПВ-3



ОПВ-0



Корь + краснуха + паротит



АКДС ревакцинация



НІВ ревакцинация

Визит для следующей прививки

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

Психомоторное развитие:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Оценка ухода в целях развития

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

Проблемы ухода для развития

Оценка ухода:

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

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

3. Знает ли мать признаки опасности: .

Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность

да

нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением
- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит.

Проблемы

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

Оценка питания и здоровья матери:

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

Проблемы

Заключение:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

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

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

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

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Идентфикатор/ФИО (при его наличии) врача

Идентфикатор/ФИО (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. Жалобы:

4. Анамнез жизни: _____

5. Анамнез заболевания: _____

6. Объективные данные: _____

7. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

8. Диагноз код наименование.

9. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

10. Идентификатор врача, ФИО (при его наличии)

При наличии:

11. Записи консилиумов (содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. При особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется)

Вкладной лист 4
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время

2. Показания к операции/процедуры/афереза

3. Клинический Диагноз

4. Анестезиологическое пособие

5. Протокол операции включая, как минимум:

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

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

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

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

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

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

5.6 Количество кровопотери (мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза

5.9 Рекомендации

5.10 Идентификатор и ФИО (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, ФИО (при его наличии), идентификатор ID ФИО
(при его наличии);

4. Проведенные диагностические исследования;

5. Проведенные инструментальные исследования;

6. Вакцинация:

Наименование заболевания, против которого применена вакцина (МКБ10)

Страна производитель (Справочник стран)

Номер партии

Номер серии

Название препарата вакцины, анатоксина и прочие.

Способ применения:

Дозировка

ед.изм.

Дата и время прививки

Побочная реакция или нежелательное явление

Классификатор побочной / нежелательной реакции

Вкладной лист 7
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

1. Дата и время проведения

2. Наименование услуги из тарификатора.

3. Данные описания проведенного исследования

4. Заключение

4. Идентификатор и ФИО (при его наличии) медицинского работника

Вкладной лист 8
медицинской карте

амбулаторного пациента

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

Дата и время обращения

Паспортные данные

1. ИИН

2. ФИО (при его наличии)

3. Дата рождения: число, месяц, год

4. Пол

мужской

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель

города

села

8. Гражданство, адрес проживания

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

Должность Образование

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Тип возмещения

12. Социальный статус

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

14. Жалобы

15. Анамнез:

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

с указанием времени и даты; о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия.

16. Описание телесных повреждений:

Описание ссадины

1. Точная анатомическая локализация

2. Форма: линейная

, округлая

, овальная

, неправильная овальная

, треугольная

3. Направление: вертикальное

, горизонтальное

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

;

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

5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная

, западает по отношению к уровню окружающей кожи

; на уровне окружающей кожи

; выше уровня окружающей кожи

, отпадает по периферии

, участок гиперпигментации

гипопигментации

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость

, гиперемированы

, с наложением крови

, почвы

Описание кровоподтека

1. Точная анатомическая локализация

2. Форма: линейная

, округлая

, овальная

, неправильная овальная

, треугольная

,

3. Направление: вертикальное

, горизонтальное

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

;

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

5. Цвет кровоподтека - красно-багровый

, синюшно- фиолетовый

, бурый

, зеленоватый

, желтый

;

6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость,
гиперемированы

, с наложением крови

, почвы

.

Описание раны

1. Точная анатомическая локализация

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

, веретенообразная

;

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

;

4. Особенности краев: осадненность



, кровоподтечность



, отслоенность



, загрязненность



, инородные включения



;

5. Рельеф скошенности стенок: ровные



, гладкие



, располагаются отвесно



одна стенка скошена, а другая подрыта



;

6. Осадненность концов



;

7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканых
перемычек



, повреждений мышц

, костей

;

8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно пересечены в начальной и средней трети раны

, в конечном отрезке волоса

с вывороченными луковицами

.

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

, не ровный

, зазубренный

.

Описание перелома (открытый)

1. Точная анатомическая локализация;

2. Форма линейная

, неправильная

, многооскольчатая

3. Размеры XXX см,

4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное

, горизонтальное

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

;

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

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

Схема анатомической локализации

Схема мужчина

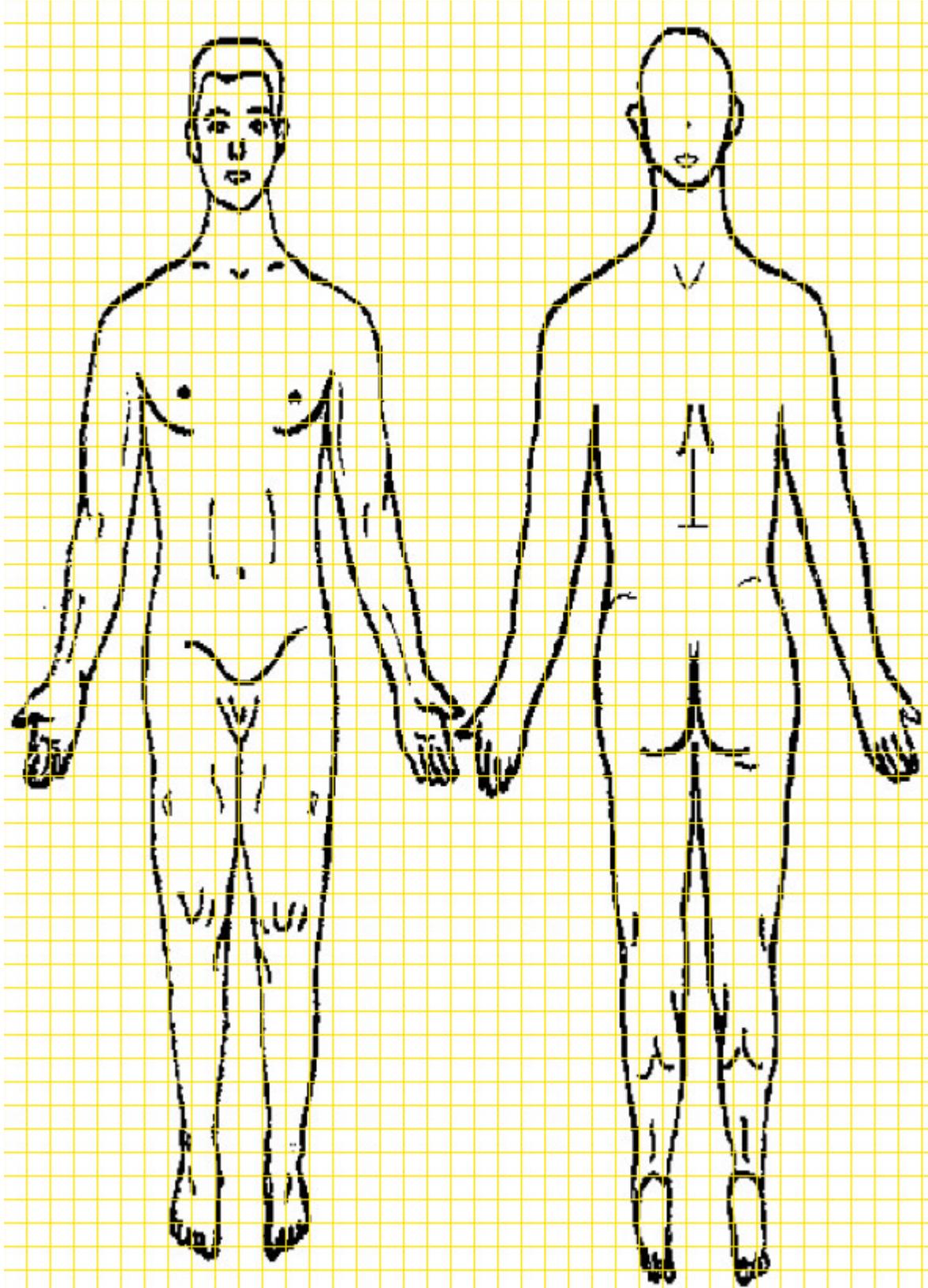
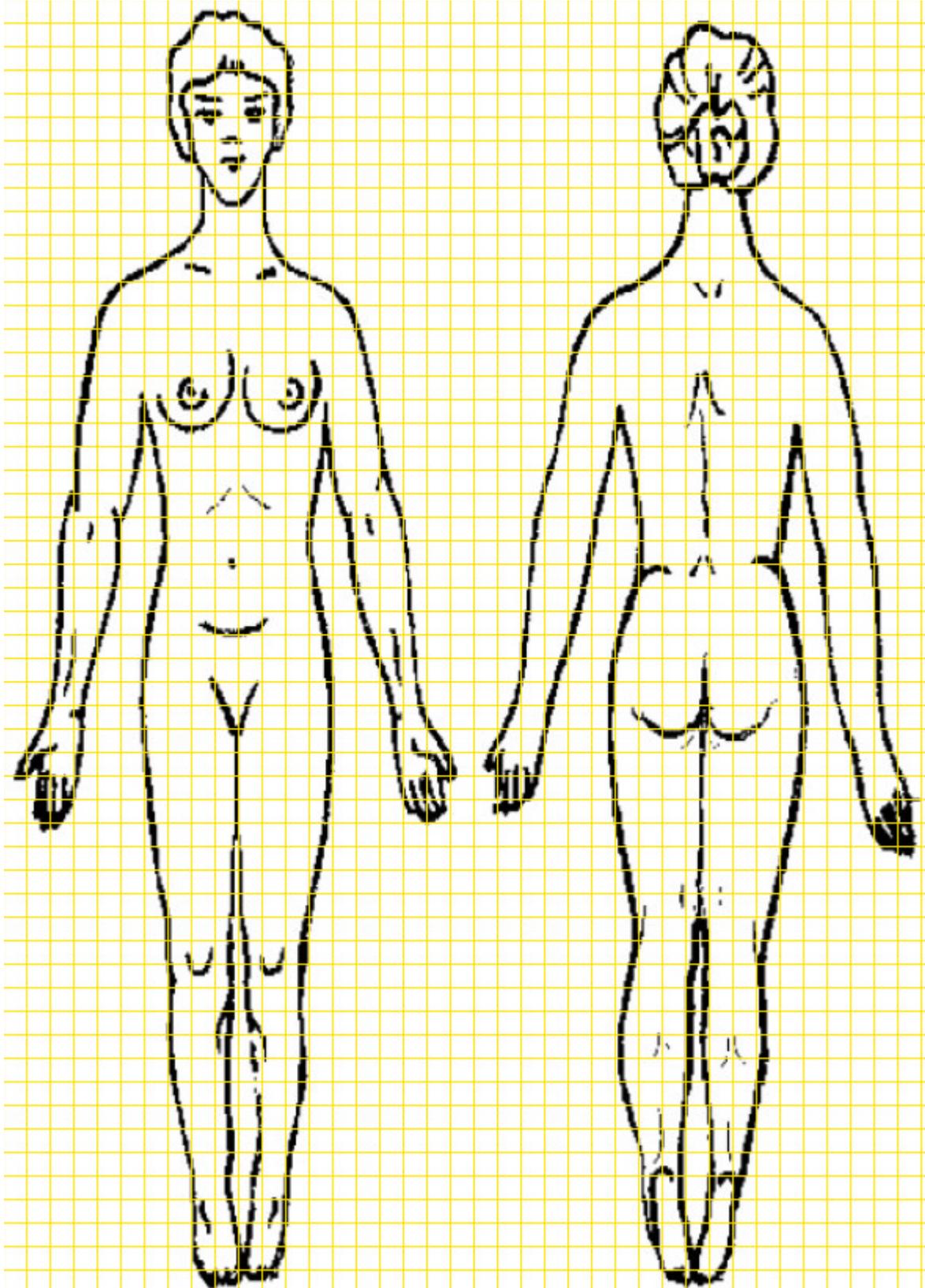


Схема женщина



17. Обследование психического состояния

1. Сознание

1.1 Сознание ясное, не нарушено

;

1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:

во времени

,

в месте

,

в собственной личности

;

1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

2. Поведение

2.1 Адекватный

;

2.2 Пассивный, заторможенный

;

2.3 Оцепенение

;

2.4 Возбужденный



;

2.5 Пугливый



;

2.6 Плаксивый



;

2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

3. Настроение и эмоции

3.1 Ровный фон настроения



;

3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность)



;

3.3 Раздражительность и (или) гневливость



;

3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность)



;

3.5 Страх, тревога



;

3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

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

4.1 Без особенностей

;

4.2 Замедленное мышление, речь

;

4.3 Ускоренное мышление, речь

;

4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь

;

4.5 Бессвязное мышление

;

4.6 Бредовые идеи

;

4.7 Мысли о смерти, самоубийстве

;

4.8 Нарушение памяти

;

4.9 Нарушение внимания

;

4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам пациента)

5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца

;

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

;

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

;

5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться

;

5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание

;

5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, «тяжесть в груди»

;

5.7 Головокружение, головные боли

;

5.8 Чувство слабости, утомляемости

;

5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания

,

5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)**6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в
вышеприведенных пунктах****6.1 Нарушения сна**

,

6.2 Нарушения аппетита

,

6.3 Наличие психотравмы

;

6.4 Утрата интересов

;

6.5 Скрытность, недоверчивость

;

6.6 Сообщения об употреблении алкоголя

;

6.7 Чувство отчаяния

;

6.8 Галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником)

;

6.9 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

Вкладной лист 9
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Карта осмотра сурдологического пациента

ФИО

Возраст _____

ИИН _____

Адрес _____

Направленные в рамках аудиологического скрининга ДА

/НЕТ

Направленные по заболеванию ДА

/НЕТ

Впервые выявленное заболевание ДА

/НЕТ

Известное раннее заболевание

Жалобы

Анамнез заболевания _____

Методы обследования: ДИАГНОЗ (выбрать из имеющихся):

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

		двусторонняя					
Кондуктивная тугоухость	1 степень	односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
	2 степень	односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
	3 степень	односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
	4 степень	односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
	Глухота	односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
	Смешанная тугоухость	1 степень	односторонняя	АД	АС		
			двусторонняя	АД	АС		
2 степень		односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
3 степень		односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
4 степень		односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			
Глухота		односторонняя	АД	АС			
		двусторонняя	АД	АС			

Отметить нужное

Слуховой аппарат (есть) <input type="checkbox"/> \нет <input type="checkbox"/>	Воздушной проводимости	АД	АС		
	Костной проводимости	АД	АС		

)						
Имплантируемая система (есть <input type="checkbox"/> / нет <input type="checkbox"/>)	Среднего уха		АД		АС	
	Костной проводимости		АД		АС	
	Кохлеарной имплантации		АД		АС	
Образовательное учреждение/Место работы	Дошкольное учреждение	общеобразовательное		Да		Нет
		коррекционное		Да		Нет
	Школьное учреждение	общеобразовательное		Да		Нет
		коррекционное		Да		Нет
	Высшее <input type="checkbox"/> /Среднее учебное заведение <input type="checkbox"/>			Да		Нет
		Место работы				
Неорганизован			Да		Нет	

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

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

**«Амбулаториялық, стационарлық пациенттың медициналық картасынан
үзінді көшірме № ____ » № 052-1/е нысаны
«Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента №
____ » форма № 052-1/у**

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

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

2. Туған күні (Дата рождения)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

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

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

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

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) _____

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) _____

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

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

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) _____

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания: _____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни: _____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез: _____

Объективті деректер: (Объективные данные: _____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов: _____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер:

(Лабораторно-диагностические исследования:)

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:) _____

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:) _____

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:) _____

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

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) _____

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) _____

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

қолы (подпись) _____

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

қолы (подпись) _____

*Внесение данных о пролеченном случае в форму 052-1/у «Выписка из медицинской

карты амбулаторного пациента» (далее – выписка) осуществляется в день завершения

амбулаторного лечения. Введенные данные в выписку после их подтверждения не подлежат корректировке, за исключением случаев ввода данных результатов гистологических и патоморфологических исследований.

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН

Дата рождения

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов В20-В24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) _____				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	

Брюшной тиф			
Ветряная оспа			
Краснуха			
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у «Карта профилактических прививок» в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820).

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

* при наличии

Форма № 053/у «Талон»

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

мужской

женский

Адрес проживания

№ амбулаторной карты

Кабинет

Явиться (указать дату и время)

К врачу фамилия имя отчество (при его наличии)

Должность.

Повод обращения.

Форма № 054/у «Статистическая карта амбулаторного пациента»

Дата обращения

1. Индивидуальный идентификационный номер
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
3. Дата рождения дата месяц год
4. Пол

мужской

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель

города

села

8. Адрес проживания область район город улица дом квартира

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность. Образование.

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Антропометрические данные

12. Тип возмещения.

13. Социальный статус.

14. Повод обращения:

1) Профилактический осмотр

2) Заболевание

3) Травма

15. Виды травм:

1) Бытовая

, 2) Уличная

3) ДТП

4) Школьная

5) Спортивная

16. Синдром жестокого обращения

из них:

1) оставление без внимания или заброшенность

,

2 физическая жестокость

, 3) Сексуальная жестокость



, 4) психологическая жестокость



, 5) другие синдромы жестокого обращения



, 6) синдром неуточненного жестокого обращения



17. Кем направлен.

18. Приемы/консультации

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

19. Процедуры и манипуляции, лаборатория, диагностические исследования

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

20. Заключительный диагноз

21. Диспансеризация

22. Проведены исследования на выявление туберкулеза

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

24. Исход обращения.

25. из них направлены.

26. Случай поликлинического обращения (СПО).

27. Дата завершения СПО

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

Форма № 055/у «Карта профилактического осмотра (скрининга)»

Дата

1. ИИН

2. ФИО (при его наличии)

3. Дата рождения дата месяц год

4. Пол

м

ж

5. Адрес проживания область район город улица дом квартира

Житель

города

села.

6. МО прикрепления. (из регистра МО)

7. Группа инвалидности

Дата установления

На какой срок установлена инвалидность.

Диагноз по инвалидности код наименование

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) ребенка:

Доврачебный этап

Рост Вес

Окружность головы (дети до 3 лет)

грудной клетки

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

да

нет

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

2-е систолическое /диастолическое среднее систолическое /диастолическое

Определение остроты зрения.

Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше).

Определение остроты слуха:

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

Педиатрический этап

1. осмотр кожных покровов и волосистой части головы.
2. осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева. Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твердого неба, величину и вид небных миндалин, голосовую функцию (звучность голоса)
3. осмотр и пальпация области щитовидной железы
4. пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных
5. исследование органов кровообращения (осмотр, аускультация сердца), определение частоты, наполнения, ритма пульса. При аускультации отмечают звучность и чистоту тонов. При выявлении сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой
6. исследование органов дыхания (аускультация легких)
7. исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастриальной области, селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Обращается внимание на состояние слизистых, обложенность языка, десен, верхнего неба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени)

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

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

10. Оценка нервно-психического развития.

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

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

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

11. оценка полового развития методом пубертограмм.

12. выявление признаков жестокого обращения.

Специализированный этап

1. хирург-ортопед

2. уролог (патология мочеполовой системы)

3. отоларинголог

4. невролог

5. стоматолог

6. офтальмолог

7. эндокринолог

Результаты скринингового обследования:

Группа здоровья.

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

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

По завершении скринингового осмотра проводится комплексная оценка здоровья, оформляются эпикризы 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.

ЭКГОД Уровень холестерина. Глюкоза.

Опрос (проводит СМР):

1. Курение, хотя бы одну сигарету в день

да

нет

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

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

да

нет

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

да

нет

5. Отмечаются ли у Вас головные боли

да

нет

6. Отмечается ли у Вас повышение артериального давления

да

нет

7. Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения

да

нет

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

да

нет

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

да

нет

10. Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии

да

нет

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

да

нет

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

да

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета

да



нет

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

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

Результаты обследования на выявление глаукомы возраст лет:
внутриглазное давление.

Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний:

Цитологическое исследование мазков женщины возраст лет: .

Осмотр акушера

На зеркалах

Взятие мазка

Кольпоскопия (по показаниям):.

Результат биопсии шейки матки (по показаниям):.

Маммография, вторая четкая. 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

ФИО (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	ФИО (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

							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						
все-го	с аномалиями отдельных зубов	с аномалиями зубных рядов	с сагиттальными аномалиями прикуса	с трансверзальными аномалиями прикуса	с вертикальными аномалиями 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)							
	Все-го	в том числе иногородние	Все-го	в том числе						
				металлические	штампованные	литые	Пластмассовые коронки 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		
Шлифовые зубы	Съемные протезы			Лица, получившие протез					
				Всего					
	Частичные	Полные	Частичные бюгельные		Полные съемные пластиночные протезы		в том числе бесплатные		

	пластиноч- ные	пластмасса	на аттачмен	ка клам- мерах			
20	21	22	23	24	25	26	27

Форма № 058/у «Медицинская карта стоматологического пациента (включая санацию) № ___»

Дата

1. Индивидуальный идентификационный номер

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

3. Дата рождения дата месяц год

4. Пол

мужской

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель

города

села

8. Адрес проживания область район город улица дом квартира

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование.

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Диагноз

12. Жалобы

13. Перенесенные и сопутствующие заболевания

14. Развитие настоящего заболевания

15. Данные объективного исследования, внешний осмотр

Осмотр полости рта, состояние зубов

Челюсть.

Сторона.

Зуб.

Состояние О/Р.С/Р/Pt/JMPA/К/И/В

16. Прикус

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

18. Данные рентгеновских, лабораторных исследований

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

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

21. Результаты лечения (эпикриз)

22. Рекомендации

Лечащий врач

Заведующий отделение

Вкладной лист
к медицинской карте
стоматологического пациента

План обследования ребенка на стоматологическом приеме

I. Внешний осмотр:				
1. Осанка.				
2. Лицо.				
3. Вредные привычки.				
II. Изучение функций:				
1. Дыхание.				
2. Жевание.				

3. Глотание.					
4. Речь.					
5. Смыкание губ.					
III. Стоматологический статус:					
1. Регионарные лимфоузлы.					
2. Приротовая область.					
3. Предверие полости рта.					
4. Уздечка и губы.					
5. Уздечка языка.					
6. Слизистая полости рта.					
7. Десневой край.					
8. Язык.					
9. Форма зубного ряда.					
10. Состояние челюстей.					
11. Соотношение челюстей.					
12. Аномальное положение зубов.					
13. Прорезывание зубов.					
14. Состояние тканей зуба, цвет.					
15. Форма зуба.					
16. Некариозные поражения.					
17. Очаги деминерализации.					
18. Интенсивность кариеса <input type="checkbox"/> КП <input type="checkbox"/> КПУ.					
19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ					
20. Стоматическая группа здоровья.					
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, ослюнившим животном

10. Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения

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

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

14. Анамнез обратившегося:

а) заболевание нервной системы _____

б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____

в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____

г) прочие сведения _____

15. Назначение прививки _____

16. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____

17. Введение антирабического гаммаглобулина, дата, серия _____

18. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение _____

Отек _____

Десенсибилизация: однократная, двухкратная

Суточная доза _____

Повторные введения:

Дата _____ Доза _____ Серия _____

19. Осложнения во время проведения прививок

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

21. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок

22.. Примечание _____

Подпись врача _____

С правилами поведения во время прививок ознакомлен

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

Форма № 060/у «Лечебная карта допризывника № _____»

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

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

3. Дата рождения: _____

4. Место жительства допризывника _____

5. Место работы (учебы) _____

6. Профессия, должность _____

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

8. Срок явки:

а) Назначено явиться 20__ года _____ месяц

отправлено напоминание о явке _____

20__ года _____ месяц

Явился 20__ года _____ месяц

9. Находился под наблюдением врача _____

_____ дата

Прохождение лечения

10. Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного осмотра)

11. Данные рентгенодиагностики и лабораторного исследования

12. Диагноз _____

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

Лечащий врач _____ (подпись)

Главный врач _____ (подпись)

Данные медицинского наблюдения

Дата посещения	Текущие наблюдения	Назначение

Линия отреза

Отрезной талон № _____ лечебной карты допризывника №

(по снятии допризывника с лечения заполняется и направляется через территориальный орган в военкомат)

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

2. Индивидуальный идентификационный номер

3. Дата рождения: _____

4. Место жительства допризывника _____

5. Место работы (учебы) _____

6. Профессия, должность _____

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

б) Назначено явиться 20__ года _____ месяц отпращено 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

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

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

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при его наличии)

2. Дата рождения (число/месяц/год) _____ / _____ / _____

3. Пол: 1- муж, 2- жен

4. Индивидуальный идентификационный номер _____ 5. Место
 жительства

5.1. Житель: 1- города, 2- села

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

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

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

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

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

11. Визиты: 1- первичный, 2- повторный

13. Посещения:

Да- та	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 _____

17.Дата « _____ » _____ год

Форма № 064/у «Талон прикрепления к медицинской организации»

№ амбулаторной карты

№ участка

ИИН

ФИО (при его наличии) пациента

Дата рождения

Пол

мужской

женский

Гражданство

Адрес проживания

Контактный телефон

Семейное положение .

Образование .

Место работы/учебы

Должность

Другие

Вид иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (диг-ноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	се-рия	до-за	ФИО врача

Пояснительная:

1. В таблицах по иммунизации в первом столбце «Вид иммунизации» указывается плановая вакцинация и/или вакцинация по эпидемиологическим показаниям;

2. Курсы вакцинации состоящие из нескольких прививок указывать вакцинация 1, вакцинация 2, вакцинация 3 и т. д.;

3. Бустерные дозы указывать ревакцинация 1, ревакцинация 2 и т.д.;

4. 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;

5. Прививки по эпидемиологическим показаниям (травмы, укусы, в качестве контактных, реципиенты 1 и т. д.) и дополнительная массовая иммунизация (ДМИ)/национальные дни иммунизации (НДИ)/массовая иммунизация (МИ) дополняются в одной таблице.

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

единица измерения (далее – ед.изм.).

13. Дата и время прививки

1. Побочная реакция или нежелательное явление

Форма № 067/у «ЖУРНАЛ движения вакцин» за 20__ год

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

Форма № 068/у «Справка для получения путевки»

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает пациенту права

поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое лечение

Действительна до _____

(число, месяц, год)

Выдана лицу _____

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

ИИН _____

Дата рождения _____

Место постоянного жительства: _____

в том, что он (она) страдает _____

(указать диагноз)

и что ему (ей) рекомендуется лечение: курортное _____

(указать рекомендуемые курорты)

а) в санатории _____

(указать профиль)

б) амбулаторно-курсовое (нужное подчеркнуть) _____

В местном санатории (вне курорта) _____

(указать профиль санатория)

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

Справка действительна лишь по месту жительства или работы пациента.

Она представляется при получении путевки.

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

Лечащий врач _____

М.П. Заведующий отделением _____

20__ года «__» _____

Форма № 069/у «Санаторно-курортная карта № _____» 20__ года

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

Без настоящей карты путевка недействительна.

Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту:

Область _____

район _____

город _____

улица _____

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

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

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

Индивидуальный идентификационный номер _____

Үйінің мекен жайы 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 том числе 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 не допускается

Фамилия ребенка _____

Имя (полностью) _____

Дата рождения _____ (число, месяц, год)

Индивидуальный идентификационный номер _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Адрес организации, выдавшей путевку _____

(Подпись лица, выдавшего путевку, должность и фамилия) _____

Печать организации выдавшей путевку

(Стр.2 ф. № 070/у)

В санаторий принимаются дети в возрасте от _____ до _____
включительно

Показания (в соответствии с медицинским профилем)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Общие противопоказания

1. Все болезни в остром периоде _____
2. Все хронические заболевания, требующие специального лечения
3. Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции
4. Бациллоносительство
5. Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия, лейкемия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов
6. Болезни сердечно-сосудистой системы:
 - а) для местных специализированных санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени
 - б) Для санаторного лечения на курортах – недостаточность кровообращения любой степени
7. Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения
8. Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

Стр.3 ф. № 070/у

Путевка действительна при наличии:

1. Санаторно-курортной карты
2. Справки эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными пациентами по месту жительства
3. Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных заболеваний кожи
4. Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство (по эпидемиологическим и медицинским показаниям)

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 пациентами _____

Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере:

Общее состояние _____

Вес при поступлении _____ при отъезде _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Дата _____

Подпись врача оздоровительного лагеря _____

Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы

Корешок к медицинской справке № _____

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Диагноз и медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к выезду за границу

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

Название страны

Домашний адрес направляемого

Дата выдачи справки

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Члены комиссии

Место печати врача

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Форма № 072/у «Медицинская справка (для выезжающего за границу)»

Выдана Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

лет, в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике. (название и местонахождение организации)

При осмотре установлено

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

По состоянию здоровья лица направляется в заграничную командировку (название страны) сроком на

Дата

Срок годности справки –1 год

Члены комиссии

Место печати врача

Форма № 073/у «Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством»

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

мужской

женский

Адрес проживания

Контактный телефон

Место работы/учебы

Должность

Результаты медицинского осмотра у специалистов:

Заключение врача-терапевта/ВОП Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Дата освидетельствования

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 «А», «В», «С», «D», «BE», «CE», «DE», подкатегорий «A1, B1, C1, D1, C1E и D1E», а также трамваями и троллейбусами
3. к управлению индивидуальным автомобилем категории «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



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

ФИО (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 ФИО (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

Заключение терапевта/ВОП ФИО (при его наличии), идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его)

дата

наименование

код

Заключение нарколога ФИО (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 ФИО (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

ФИО (при его наличии)

Руководитель медицинской организации Идентификатор

ФИО (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	ФИО (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
5	ЭЦП	Электронная цифровая подпись

Форма № 076/у «Заключение медицинского осмотра (для получения разрешений в сферах оборота гражданского и служебного оружия, гражданских пиротехнических веществ)» 20__ года «__» _____

Выдано гражданину (-ке):

ФИО (при его наличии) _____

ИИН _____

Область (город) _____ район _____

по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра

(нужное подчеркнуть) в организации _____

наименование организации

Врач терапевт _____

подпись ФИО (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года « ____ » _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-невропатолог _____

подпись ФИО (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года « ____ » _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-офтальмолог _____

подпись ФИО (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года « ____ » _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-оториноларинголог _____

подпись ФИО (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года « ____ » _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-психиатр с психологическим тестированием: _____

подпись ФИО (при его наличии)

дата освидетельствования 20__ года «__» _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Исследование жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

дата

результат _____

ФИО (при его наличии) исполнителя

Врач-нарколог _____

подпись ФИО (при его наличии)

дата освидетельствования 20__ года «__» _____

Наименование МО

1. Индивидуальный идентификационный номер
2. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) в соответствии с документами, удостоверяющими личность
3. Дата рождения:
4. Адрес проживания
5. Медицинское заключение

6. Рекомендации (при наличии)

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

Место печати

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Заклучение медицинского осмотра

Врач терапевт _____

подпись ФИО (при его наличии)

Место печати врача

Руководитель медицинской организации _____

подпись ФИО (при его наличии)

Место печати врача

Председатель комиссии _____

ФИО (при его наличии) подпись

Секретарь _____

ФИО (при его наличии) подпись

Список сокращений формы № 076/у «Заклучение 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	ФИО (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. ФИО (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 ФИО (при его наличии), телефон

- 12.3 Группа крови. и резус принадлежность

Врач: ID ФИО (при его наличии)

При желании беременной женщины, информация, содержащаяся
в данной форме дублируется на бумажном носителе (аналог обменной карты)

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/год

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 150 см 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 ФИО (при его наличии)

Вкладной лист 2
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Прием врача акушер-гинеколога (заполняется при каждом посещении)

Дата

1. Жалобы

2. Общее состояние

3. АД

4. Пульс

5. Кожные покровы

6. Отеки

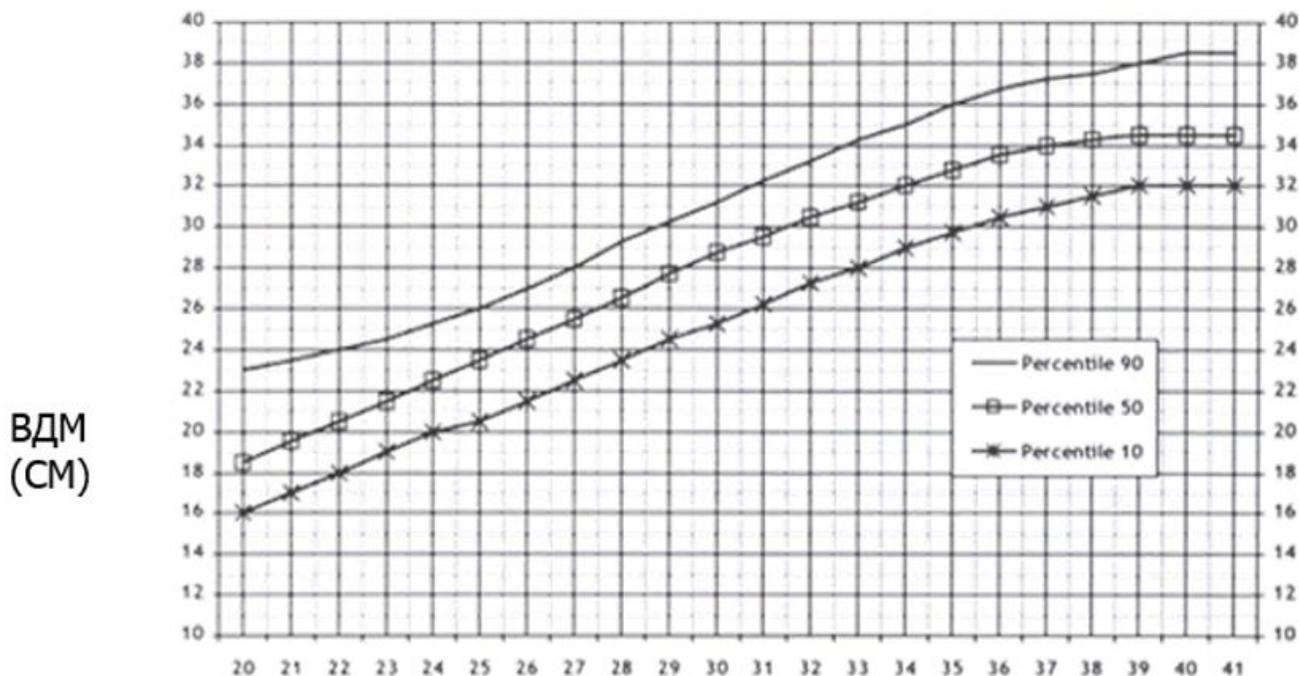
7. Живот

8. Матка

в нормотонусе

в гипертонусе)

Гравидограмма



Наружное акушерское исследование:

1. Высота дна матки

см.

2. Положение плода

3. Предлежание .

4. Сердцебиение плода

5. ЧСС

ударов в мин

6. Другие органы

7. Мочеиспускание

8. Стул

9. Беременность

недель

10. Дополнительный диагноз (при наличии)

Проведенные обследования (при формировании в МИС, могут отображаться)

Рекомендации

	Врач: ID ФИО
	(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 ФИО (при его наличии)

Вкладной лист 4
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Консультации специалистов (по показаниям)

1. Дата и время
2. Вид консультации
3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований
4. Диагноз код наименование.
5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств
6. Идентификатор врача

При наличии:

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

Вкладной лист 5
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Подготовка к родам (Школа подготовки к родам)

1. Дата проведения
2. Срок беременности

недель

3. Тема занятий

4. Посещение партнера

нет

да

5. ID ФИО (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 ФИО (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

Послеродовой 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 ФИО (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 ФИО (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	ФИО (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 и (или) специалиста
сестринского дела, идентификатор

Rp.

Международное непатентованное наименование

D.T.D.

D.S.

Рецепт действителен до

Телефон

**Форма № 079/у «Справка №_____ о временном освобождении от работы по
уходу за пациентом ребенком»**

Дата выдачи

Выдана гражданину(ке)

в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за пациентом
ребенком.

Место работы

Сведения о ребенке

Фамилия, имя, возраст

Диагноз

Дошкольное учреждение, школа

Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор

Контрольный талон к справке № _____ о временном освобождении от работы по уходу за пациентом ребенком Дата выдачи Фамилия, имя, отчество (при его наличии) освобожденного от работы Индивидуальный идентификационный номер Место работы Домашний адрес Родственные отношения с ребенком Сведения о ребенке фамилия, имя, возраст Диагноз Дошкольное учреждение, школа Освобожден (а) от работы с дд/мм/гг до дд/мм/гг 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. ФИО (при его наличии), идентификатор медицинского работника

Форма № ТБ 081/у «Журнал регистрации пациентов с подозрением на туберкулез»

№	Дата обращения	ФИО (при его наличии)	Возраст	Пол	Дата направ-я на ММ*		Результаты ММ до ДАГ		Результаты ММ после ДАГ		Дата направ-я наХpert		Результат Хpert	
					До ДАГ	По-сле ДАГ	1	2	1	2				

продолжение таблицы

Дата направления на ФГ/РГ*		Рез-т ФГ/РГ		Назначение антибактериальных препаратов: сроки, название		Диагноз, примечание	Дата установления диагноза ТБ
До ДАГ	После ДАГ	До ДАГ	После ДАГ	Дата начала	Дата окончания		

ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография Хpert – Хpert МТВ/Rif

Форма № ТБ 082/у «Карта наблюдения за диспансерным контингентом»

Индивидуальный код _____

1. Индивидуальный идентификационный номер

1. Тип контингента

ТБ сомнительной активности)

ТБ активный

ТБ неактивный

контактный: ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ;

из МБТ(+) МБТ(-)

нормергия

гиперергическая реакция

побочная реакция на БЦЖ2.

Индивидуальные данные

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Регистрационный №

Дата рождения дата месяц год

Пол

м

ж

Возраст

Национальность .

Житель

города

села

Гражданство.

Адрес фактического проживания область район город улица дом квартира

Место работы

4. Сведения о диспансеризации

Д группа(0; IA; IB; IG; II; IIIA; IIIB)	Дата взятия на ДУ	Диагноз	Дата снятия с ДУ	Причина снятия с ДУ*

* 1 –Перевод в I группу;

2 - Перевод в II группу;

3 –Перевод в III группу;

4 –Умер от ТБ;

5 –Умер от других причин;

6 –ТБ не подтвердился;

7 –Перевод в другое учреждение;

8 - Отрыв от диспансеризации «неактивные ТБ» - 12 мес., «активные ТБ» - 6 мес.,

«0гр.» - 4 мес.; 9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы/Снят с диспансерного учета.

Химиопрофилактика:

да

нет

Н (Изониазид) Н и Е (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 пациентов с бактериовыделением
 (относится к эпидемиологической группе очага)

Группа очага (1; 2; 3)	Взят на учет	Снят с учета	Причина снятия****

- **** 1-Перевод во II группу;
 2- Перевод в другое учреждение;
 3- Умер от ТБ или других причин;
 4- Снят с эпидемиологического контроля.

**Форма № 083/у «Справка об отсутствии у кандидата в Президенты
 Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации
 кандидатом в Президенты Республики Казахстан»**

от «_____» _____ 20__ года

Выдана физическому лицу

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

м

ж

Домашний адрес область район город улица дом квартира

Телефон

Место работы

Заключение врача-психиатра:

Фамилия Имя Отчество (при его наличии), подпись и печать врача-психиатра

Место печати (организации)

**Приложение 4 к приказу
Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 9 июля 2025 года
№ 64**

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

**Перечень документации, обязательной для заполнения медицинскими
работниками**

1. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах

№ п /п	Наименование формы	Но-мер фор-мы	Вид документа	Срок хранения
1.	Медицинская карта стационарного пациента	001/у	В электронном формате	25 лет
2	Выписка из медицинской карты стационарного пациента № ____	001-1 /у	В электронном формате	25 лет
3	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	002/у	В электронном/ бумажном формате	5 лет
4	Форма учета движения крови, ее компонентов и диагностических стандартов	003/у	В электронном формате	5 лет
5	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	004/у	В электронном формате	5 лет
6	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	005/у	В электронном формате	1 год
7	Форма учета переливания крови, ее компонентов	006/у	В электронном формате	5 лет
8	Форма учета реципиентов крови и ее компонентов	007/у	В электронном формате	5 лет
9	Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	008/у	В электронном формате	5 лет
10	Акт констатации биологической смерти/ изъятия органов и тканей у донора-група для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга	009/у	В электронном формате	25 лет

11	Журнал учета консервированного костного мозга	010/у	В электронном формате	25 лет
12	Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	011/у	В электронном формате	25 лет
13	Статистическая карта выбывшего из стационара	012/у	В электронном формате	1 год
14	Форма учета отделения (палаты) новорожденных	013/у	В электронном формате	5 лет
15	Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 014/у	В электронном формате	5 лет
16	Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 015/у	В электронном формате	5 лет
17	Форма учета регистрации больных туберкулезом	ТБ 016/у	В электронном формате	5 лет
18	Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 017/у	В электронном формате	5 лет
19	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	Но-мер форм-ы	Вид доку-мента	Срок хране-ния
1	Форма учета операций/манипуляций	019 /у	В элек-тронном формате	25 лет
2	Форма учета родов	020 /у	В элек-тронном формате	25 лет
3	Форма учета медицинского освидетельствования, справок	021 /у	В элек-тронном формате	5 лет
4	Карта диализа	022 /у	В элек-тронном формате	25 лет
5	Журнал учета разведенных цитостатиков	023 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	1 год
6	Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении	024 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	1 год
7	Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	025 /у	В элек-тронном/бумаж-	3 года

			ном фор- мате	
8	Заключение врачебно - консультационной комиссии	026 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	3 года
9	Справка	027 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	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 бумаж- ном фор- мате	3 года
11	Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности	029 /у	В элек- тронном формате	3 года
12	Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	030 /у	В элек- тронном формате	1 год
13	Заключение на медико-социальную экспертизу	031 /у	В элек- тронном формате	1 год
14	Журнал регистрации медицинской реабилитации лиц с инвалидностью	032 /у	В элек- тронном формате	3 года
15	Медицинская часть индивидуальной программы абилитации и реабилитации пациента/лица с инвалидностью	033 /у	В элек- тронном формате	3 года
16	Извещение	034 /у	В элек- тронном формате	3 года
17	Форма учета медицинских услуг	035 /у	В элек- тронном формате	1 год
18	Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	036 /у	В элек- тронном 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 элек- тронном формате	3 года
20	Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности	038 /у	В элек- тронном формате	3 года
21	Заключение судебно-психиатрической экспертизы	039 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	25 лет
22	Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	040 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	до ми- нова-

			бумаж- ном фор- мате	ния на- добно- сти
23	Медицинское свидетельство о рождении	041 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	5 лет
24	Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудитель- ном лечении	042 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	до ми- нова- ния на- добно- сти
25	Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	043 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	3 года
26	Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	044 /у	В бумаж- ном фор- мате	до ми- нова- ния на- добно- сти
27	Медицинское свидетельство о смерти	045 /у	В элек- тронном формате	15 лет
28	Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	046 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	15 лет
29	Реабилитационная карта	047 /у	В элек- тронном формате	5 лет
30	Обменная карта беременной и родильницы	048 /у	В бумаж- ном фор- мате	3 года
31	Журнал регистрации аварийных ситуаций	049 /у	В бумаж- ном фор- мате	5 лет
32	Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	050 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	1 год
33	Карта учета материнской смертности	051 /у	В элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	1 год

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

№ п /п	Наименование формы	Но- мер фор- мы	Вид докумен- та	Срок хра- нения
1	Медицинская карта амбулаторного пациента	052 /у	В электрон- ном формате	до мино- вания на- добности
2	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного пациента № ____	052- 1/у	В электрон- ном формате	до мино- вания на- добности
3	Паспорт здоровья ребенка	052- 2/у	В электрон- ном формате	до мино- вания на- добности
4	Талон на прием к врачу	053 /у	В электрон- ном формате	до мино- вания на- добности
5	Статистическая карта амбулаторного пациента	054 /у	В электрон- ном формате	1 год
6	Карта профилактического осмотра (скрининга)	055 /у	В электрон- ном формате	5 лет
7	Форма учета записи вызовов врачей на дом	056 /у	В электрон- ном формате	1 год
8	Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	057 /у	В электрон- ном формате	1 год
9	Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)	058 /у	В электрон- ном формате	5 лет
10	Карта обратившегося за антирабической помощью	059 /у	В бумажном формате	3 года
11	Лечебная карта допризывника	060 /у	В бумажном формате	5 лет
12	Именной список допризывников для систематического лечения	061 /у	В бумажном формате	5 лет
13	Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг	062 /у	В электрон- ном/ бумаж- ном формате	3 года
14	Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	063 /у	В электрон- ном/ бумаж- ном формате	3 года
15	Талон прикрепления к медицинской организации	064 /у	В электрон- ном формате	1 год
16	Паспорт иммунизации	065 /у	В электрон- ном формате	до мино- вания на- добности
17	Журнал учета профилактических прививок	066 /у	В электрон- ном/ бумаж- ном формате	3 года

18	Журнал движения вакцин	067 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
19	Справка для получения путевки	068 /у	В бумажном формате	3 года
20	Санаторно-курортная карта	069 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
21	Путевка в детский санаторий	070 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
22	Медицинская справка на школьника, выезжающего в оздоровительный лагерь	071 /у	В бумажном формате	до минования необходимости
23	Медицинская справка (для выезжающего за границу)	072 /у	В бумажном формате	до минования необходимости
24	Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	073 /у	В электронном формате	до минования необходимости
25	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	074 /у	В бумажном формате	до минования необходимости
26	Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	075 /у	В электронном формате	до минования необходимости
27	Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	076 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
28	Индивидуальная карта беременной и родильницы	077 /у	В электронном формате	5 лет
29	Рецепт	078 /у	В электронном формате	1 год
30	Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	079 /у	В электронном/ бумажном формате	до минования необходимости
31	Форма учета амбулаторных посещений	080 /у	В электронном формате	1 год
32	Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 081 /у	В электронном формате	5 лет
33	Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 082 /у	В электронном формате	5 лет
34	Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики Казахстан	083 /у	В электронном/ бумажном формате	до минования необходимости

2. Формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций

--	--	--	--	--

№ п /п	Наименование формы	Но-мер фор-мы	Вид до-кумента	Срок хране-ния
1	Журнал учета ВИЧ -инфицированных	084 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	до ми-нова-ния надоб-ности
2	Карта вызова бригады скорой медицинской помощи	085 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	2 года
3	Сигнальный лист участковому врачу	086 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	2 года
4	Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации	087 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	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 элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	1 год
6	Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской помощи в форме санитарной авиации	089 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	3 года
7	Задание на санитарный полет	090 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	1 год
8	Оперативная заявка №_	091 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	1 год
9	Журнал учета приема детей в дом ребенка	092 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	
10	Форма учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей, ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	093 /у	В элек-тронном/бумаж-ном фор-мате	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

3. 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 посева 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		1 год

			В электронном/ бумажном форма- те	
13	Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин	109/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
14	Рабочий журнал микробиологических исследований	110/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
15	Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	111/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
16	Журнал приготовления и контроля питательных сред	112/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
17	Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав)	113/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
18	Рабочий журнал исследований на стерильность	114/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
19	Журнал регистрации серологических исследований	115/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
20	Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	116/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
21	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	117/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
22	Акт входного контроля	118/у	В электронном/ бумажном форма- те	1 год
23	Акт приема - передачи образцов для исследования	119/у	В электронном/ бумажном форма- те	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

4. Формы медицинской учетной документации организаций службы крови

№ п /п	Наименование формы	Но- мер фор- мы	Вид доку- мента	Срок хране- ния
1	Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции	123/у	В электрон- ном форма- те	до минования надобности

2	Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований	124/у	В электронном формате	до минования надобности
3	Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции	125/у	В бумажном формате	5 лет
4	Форма медицинской карты донора крови и ее компонентов	126/у	В электронном формате	до минования надобности
5	Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов	127/у	В электронном формате	до минования надобности
6	Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований	128/у	В электронном формате	до минования надобности
7	Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза	129/у	В электронном формате	до минования надобности
8	Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения	130/у	В электронном формате	до минования надобности
9	Форма учета производства компонентов донорской крови	131/у	В электронном формате	до минования надобности
10	Форма учета заявок на трансфузионные среды	132/у	В электронном формате	до минования надобности
11	Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства	133/у	В электронном формате	до минования надобности
12	Форма учета карантинизации плазмы	134/у	В электронном формате	до минования надобности
13	Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации	135/у	В электронном формате	до минования надобности
14	Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе	136/у	В бумажном формате	1 год
15	Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов	137/у	В электронном формате	до минования надобности
16	Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	138/у	В электронном формате	до минования надобности
17	Акт списания компонентов крови	139/у	В электронном формате	до минования надобности
18	Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	140/у	В электронном формате	до минования надобности

19	Ведомость результатов первичных лабораторных исследований до донации	141/у	В электронном формате	до минования надобности
20	Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных иммуногематологических исследований крови	142/у	В бумажном формате	5 лет
21	Форма учета изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов	143/у	В бумажном формате	5 лет
22	Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови	144/у	В бумажном формате	5 лет
23	Ведомость результатов биохимических исследований до донации	145/у	В электронном формате	до минования надобности
24	Форма учета повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	146/у	В бумажном формате	5 лет
25	Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	147/у	В бумажном формате	5 лет
26	Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора	148/у	В электронном формате	до минования надобности
27	Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	149/у	В бумажном формате	5 лет
28	Форма учета результатов контроля качества компонентов крови	150/у	В бумажном формате	5 лет
29	Форма учета результатов бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	151/у	В бумажном формате	5 лет
30	Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	152/у	В бумажном формате	5 лет
31	Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства	153/у	В электронном формате	5 лет
32	Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов	154/у	В электронном формате	до минования надобности
33	Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	155/у	В электронном формате	до минования надобности
34	Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций	156/у	В электронном формате	до минования надобности