**Триаж картасы**

**Карта триажа**

|  |
| --- |
| Медициналық ұйымның атауы:…………………………………………………………………………………...Наименование медицинской организацииПациенттің Т.А.Ә. (бар болса)/ ФИО пациента (при его наличии):.........................................................................................Туған күні/ Дата рождения: …./…../………..Алдын ала диагнозы/ Предварительный диагноз:...................................................................................................................  |
| Пациенттің тіркеу нөмірі: Регистрационный номер пациентаПациенттің тіркелген нөмірі | Триаж коды (біріншілік) /Триаж код (первичный) алғашқы | Күні/Дата: …../…../…… | Уақыты/Время: |
| Красный | Желтый | Зеленый | Жынысы/Пол:□ Әйел/Женский□ Ер/Мужской□ Ересек/Взрослый□ Бала/Ребенок |    |
| □ Қызыл/Красный□ Сары/Желтый□ Жасыл/Зеленый |
| Қан тобы/Группа крови:………………□ ақпарат алынбады/не удалось получить информацию |
| Пациент жеткізілдіПациента доставлен | Пациентті ертіп жүруші тұлға/Сопровождающее лицопациента: | Пациенттің жағдайы/Положение пациента: |   |
| □ ЖМК бригадасымен/ бригадой СМП□ өздігінен жүгіну/ самообращение□ Өзге/Другое:……………..... | □ Өзі/Один□ Туысы/Родственник□ Өзге/Другое: ………..…………………………..………………………… | □ Өздігінен жүре алады/ Может самостоятельно ходить□ Бөгде адамның көмегімен жүреді/ Ходит с помощью постороннего лица□ Жатып қалған, белсенді/ Лежачее, активен.□ Қозғалыссыз/ Неподвижный |   |
| Санасының деңгейі/ Уровень сознания: | Пациенттің эмоционалды жай-күйі/Эмоциональное состояние пациента: | Сөйлеудегі жай-күйі/ Состояние речи: |   |
| □ Айқын/ Ясное□ Есеңгіреу/ Оглушение□ Ессіз күйде/Сопор□ Комада/ Кома | □ Сабырлы/Спокойный□ Мазасыз /Озабоченный□ Қобалжулы/ Взволнованный□ Депрессивті/ Депрессивный | □ Қалыпты/ Норма□ Афазия /Афазия□ Бұзылған/Нарушена□ Сөзі түсініксіз/ Нечленоразд. речь |   |
|   | Аллергия: |   |   |
|   |   |   |   |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Ақпарат алынды/Информация собрана от: | Бұрын сіреспеге қарсы вакцина алды/Получил ранее вакцину против столбняка: |
|   |   |
| □ Пациенттен/Пациента□ Пациенттің туысынан/Родственник пациента□ Өзге/Другое……….... | □ Жоқ/Нет;□ Иә/Да;□ Ақпарат алынбады/Не удалось получить информацию |
| Диспансерлік тіркеуде тұрады/Состоит на диспансерном учете:□ Жоқ/Нет;□ Иә/Да:……..... | Алкогольдік / есірткілік мас болу/Алкогольное/наркотическое опьянение□ Жоқ/Нет;□ Иә/Да………… |
| Пайдаланылатын протездер мен қосалқы құралдар/Используемые протезы и вспомогательные инструменты□ Жоқ/Нет□ Иә/Да□ Көзілдірік/Очки□ Тіс протездері/Зубные протезы□ Өзге/Другие .................................................. |
| Салдарлық аурулар/Фоновые заболевания:□ Жоқ//Нет□ Иә/Да:□ Тыныс алу жүйесі/Дых.системы;□ Қан ауруы /Крови;□ АІЖ/ЖКТ;□ ОЖЖ/ЦНС;□ ЖҚЖ/ССС;□ Несеп шығару жүйесі /Мочевыделительная система;□Өзге/ Другое............................................................................... |
| Түскен кездегі шағымдары/Жалобы при поступлении:................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| Дәрілік заттарды қабылдайды/ Принимает лекарственные средства:□ Жоқ/ Нет;□ Иә/Да:………………………..... |
| Ауырған аурулары (жұқпалы аурулар/ жарақаттар / хир. операциялар)/Перенесенные заболевания (инфекционные болезни/ травмы/ хир. операции):□Жоқ/ Нет;□ Иә/Да:……………………………………………………………… |
| Ауруды бағалау/Оценка болиАуруды 1-ден 10 балл аралығында сурет бойынша бағалаңыз/Оцените боль, по рисунку от 1 до 10 балла0         2         4         6           8            100 Ауру жоқ/Боли нет   2 Жеңіл ауырсыну/Легкая боль4 Шыдамды ауырсыну/Терпимая боль6 Айқын ауырсыну/Выраженная боль8 Қатты ауырсыну/ Сильная боль10 Шыдатпайтын ауырсыну/Невыносимая  боль                                    Байланысу мүмкін емес пациенттер үшін бет өрнек шкаласын пайдаланыңызИспользуйте шкалу выражений лица для пациентов, с которыми нельзя связаться |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уақыты Время | Мейіргердің Т.А.Ә.(бар болса)/ФИО мед.сестры(при его наличии) | Тағайындалған дәрілік заттар(атауы, дозасы, енгізу жолы, уақыты)/Назначенные лекарственные средства (название, доза, путь введения, время) |
| PS | ТАЖ | АҚҚ | SO2 |
|   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уақыты/ Время | Дәрігердің/мейіргердің Т.А.Ә. (бар болса)/ФИО врача/мед. сестры (при его наличии) | Клиникалық-зертханалық зерттеулік әдісінің атауы/Наименование клинико-лабораторного метода исследования | Дәрігердің/мейіргердің Т.А.Ә. (бар болса)/ФИО врача/мед. сестры (при его наличии) |

 |   |   |   |
| Уақыты Время | Медициналық ем-шараларының атауы/Наименование медицинской процедуры | Дәрігердің/мейіргердің Т.А.Ә.(бар болса)/ФИО врача/мед.сестры (при его наличии) |   |
|   |   |   |   |
| Клиникалық диагнозы/Клинический диагноз | Триаж коды (екіншілік)/Триаж код (вторичный) | Нәтиже/ Исход |   |
|   | Красный | Желтый | Зеленый |   |   |
| □ Қызыл/Красный□ Сары/Желтый□ Жасыл/ Зеленый | □ АРҚТБ/ҚТП емдеуге жатқызылды/Госпитализирован в ОАРИТ/ПИТ;□ Опер.блокқа тасымалданды/Транспортирован в опер.блок;□ Профильді бөлімшеге емдеуге жатқызылды/Госпитализирован в профильное отделение;□ Изоляторға орналастырылған/Помещен в изолятор;□ Амбулаторлық емдеуге жолданды/Направлен на амбулаторное лечение;□ Өзге медициналық ұйымға ауыстырылды/ Переведен в другую медицинскую организацию………………………….. |   |

Дәрігердің/мейіргердің Т.А.Ә./ (бар болса)

ФИО врача/мед.сестры (при наличии)

Қолы

Подпись

Күні/Дата:            /  Уақыты/ Время:

/                       г.

сағ.                 мин