

Триаж картасы

Карта триажа

Медициналық ұйымның атауы:.....

Наименование медицинской организации

Пациенттің Т.А.Ә. (бар болса)/ ФИО пациента (при его наличии):.....

Туған күні/ Дата рождения: / /

Алдын ала диагнозы/ Предварительный диагноз:.....

	Триаж коды (біріншілік) /Триаж код (первичный) алғашқы			Күні/Дата: / /	Уақыты/Время:
	Красный	Желтый	Зеленый	Жынысы/Пол:	
Пациенттің тіркеу нөмірі: Регистрационный номер пациента	<input type="checkbox"/> Қызыл/Красный <input type="checkbox"/> Сары/Желтый <input type="checkbox"/> Жасыл/Зеленый			<input type="checkbox"/> Әйел/Женский	
Пациенттің тіркелген нөмірі				<input type="checkbox"/> Ер/Мужской	
				<input type="checkbox"/> Ересек/Взрослый	
		<input type="checkbox"/> Бала/Ребенок		Қан тобы/Группа крови:..... ...	
				<input type="checkbox"/> ақпарат алынбады/	

		не удалось получить информацию
Пациент жеткізілді Пациента доставлен	Пациентті ертіп жүруші тұлға/ Сопровожающее лицо пациента:	Пациентті ң жағдайы/ Положен ие пациента:
<input type="checkbox"/> ЖМК бригадасымен/ бригадой СМП <input type="checkbox"/> өздiгiнен жүгiну/ самообращение <input type="checkbox"/> Өзге/Другое:.....	<input type="checkbox"/> Өзі/Один <input type="checkbox"/> Туысы/Родственник <input type="checkbox"/> Өзге/Другое:	<input type="checkbox"/> Өздігінен жүре алады/ Может самостоят ельно ходить <input type="checkbox"/> Бөгде адамның көмегімен жүреді/ Ходит с помощью посторон него лица <input type="checkbox"/> Жатып қалған, белсенді/ Лежачее, активен. <input type="checkbox"/> Қозғалыс сыз/ Неподви жный
Санасының деңгейі/ Уровень сознания:	Пациенттің эмоционалды жай- күйі/ Эмоциональное состояние пациента:	Сөйлеуде гі жай- күйі/ Состояни е речи:
<input type="checkbox"/> Айқын/ Ясное <input type="checkbox"/> Есеңгіреу/ Оглушение	<input type="checkbox"/> Сабырлы/Спокойный	<input type="checkbox"/> Қалыпты/ Норма

<input type="checkbox"/> Ессіз күйде/Сопор <input type="checkbox"/> Комада/ Кома	<input type="checkbox"/> Мазасыз /Озабоченный <input type="checkbox"/> Қобалжулы/ Взволнованный <input type="checkbox"/> Депрессивті/ Депрессивный	<input type="checkbox"/> Афазия /Афазия <input type="checkbox"/> Бұзылған/ Нарушена <input type="checkbox"/> Сөзі түсініксіз/ Нечленор азд. речь
		Аллергия:
<p>Ақпарат алынды/</p> <p>Информация собрана от:</p> <input type="checkbox"/> Пациенттен/Пациента <input type="checkbox"/> Пациенттің туысынан/Родственник пациента <input type="checkbox"/> Өзге/Другое..... <p>Диспансерлік тіркеуде тұрады/</p> <p>Состоит на диспансерном</p> <input type="checkbox"/> Жоқ/Нет; <input type="checkbox"/> Иә/Да:..... <p>Пайдаланылатын протездер мен қосалқы құралдар/</p> <p>Используемые протезы и вспомогательные инструменты</p> <input type="checkbox"/> Жоқ/Нет <input type="checkbox"/> Иә/Да <input type="checkbox"/> Көзілдірік/Очки <input type="checkbox"/> Тіс протездері/Зубные протезы <input type="checkbox"/> Өзге/Другие	<p>Бұрын сіреспеге қарсы вакцина алды/</p> <p>Получил ранее вакцину против столбняка:</p> <input type="checkbox"/> Жоқ/Нет; <input type="checkbox"/> Иә/Да; <input type="checkbox"/> Ақпарат алынбады/ <p>Не удалось получить информацию</p> <p>Алкогольдік / есірткілік мас болу/</p> <p>Алкогольное/наркотическое опьянение</p> <input type="checkbox"/> Жоқ/Нет; <input type="checkbox"/> Иә/Да.....	

Салдарлық аурулар/Фоновые заболевания:

Жоқ//Нет

Иә/Да:

Тыныс алу жүйесі/Дых.системы;

Қан ауруы /Крови;

АДЖ/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 боли

Ауруды 1-ден 10 балл аралығында сурет бойынша бағалаңыз/

Оцените боль, по рисунку от 1 до 10 балла

0 2 4 6 8 10

0 Ауру жок/Боли нет

2 Жеңіл ауырсыну/Легкая боль

4 Шыдамды ауырсыну/Терпимая боль

6 Айқын ауырсыну/Выраженная боль

8 Қатты ауырсыну/ Сильная боль

10

Шыдатпайтын ауырсыну/Невыносимая боль

Байланысу мүмкін емес пациенттер үшін бет өрнек шкаласын пайдаланыңыз

Используйте шкалу выражений лица для пациентов, с которыми нельзя связаться

Уақыты Время	Мейіргердің Т.А.Ә.				Тағайындалған дәрілік заттар
	(бар болса) /ФИО мед.сестры (при его наличии)				
	PS	ТАЖ	АҚҚ	SO2	

Уақыты/ Время	Дәрігердің/мейі ргердің Т.А.Ә. (бар болса)/		Клиникал ық- зертханал ық зерттеулік әдісінің атауы	Дәрігердің/мейі ргердің Т.А.Ә. (бар болса)/
	ФИО врача/мед. сестры (при его наличии)			

		/Наименование клинико- лабораторного метода исследования			
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		
<input type="checkbox"/> Қызыл/Красный <input type="checkbox"/> Сары/Желтый <input type="checkbox"/> Жасыл/ Зеленый				<input type="checkbox"/> АРҚТБ/ҚТП емдеуге жатқызылды/Госпитализирован в ОАРИТ/ПИТ; <input type="checkbox"/> Опер.блокқа тасымалданды/Транспортирован в опер.блок; <input type="checkbox"/> Профильді бөлімшеге емдеуге жатқызылды/Госпитализирован в профильное отделение; <input type="checkbox"/> Изоляторға орналастырылған/Помещен в изолятор; <input type="checkbox"/> Амбулаторлық емдеуге жолданды/Направлен на амбулаторное лечение; <input type="checkbox"/> 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