

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 1 июля 2022 года №
ҚР ДСМ-62. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 4 июля
2022 года № 28685Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

**О внесении изменений и дополнений
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»**

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения и дополнения:

наименование приказа «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения» изложить в следующей редакции:

«Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению»;

преамбулу приказа «В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»» изложить в следующей редакции:

«В соответствии с пунктами 31) и 33) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также Законом



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



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

Республики Казахстан «О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания»»;

в формах медицинской учетной документации, используемых в стационарах, утвержденных приложением 1 к указанному приказу:

форму № 001/у «Медицинская карта стационарного пациента № ____» изложить в следующей редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

форму № 012/у «Статистическая карта выбывшего из стационара (круглосуточного, дневного) № ____» изложить в следующей редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

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

форму № 031/у «Заключение на медико-социальную экспертизу» изложить в следующей редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

форму № 033/у «Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР) инвалида» изложить в следующей редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

форму № 041/у «Медицинское свидетельство о рождении № ____ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)» изложить в следующей редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

в формах медицинской учетной документации, используемых в амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденных приложением 3 к указанному приказу:

форму № 052/у «Медицинская карта амбулаторного пациента» изложить в следующей редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу;

форму 054/у «Статистическая карта амбулаторного пациента» изложить в следующей редакции согласно приложению 7 к настоящему приказу;

дополнить приложением 10 «Инструкция по заполнению учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения» редакции согласно приложению 8 к настоящему приказу;

перечень форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденных приложением 7 указанного приказа на казахском языке изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему приказу, текст на русском языке не меняется.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

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

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

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

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

Министр здравоохранения Республики Казахстан

А. Гиният

Приложение 1 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 1 июля 2022 года
№ ҚР ДСМ-62

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

Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах

Форма № 001/у «Медицинская карта стационарного пациента»

№ ____

Раздел 1. Приемный покой

Общая часть:

1. ИИН _____

2. Ф.И.О. (при его наличии) _____

3. Дата рождения - « ____ » _____ 20 ____ г.

4. Пол

женский

5. Возраст _____

6. Национальность _____

7. Гражданство (справочник стран) _____

8. Житель



города



села

9. Адрес проживания _____

10. Место работы/учебы/детского учреждения _____

Должность Образование _____

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса _____

12. Группа инвалидности _____

13. Тип возмещения _____

14. Социальный статус _____

15. Пациент направлен _____

16. Тип госпитализации _____

Код госпитализации _____

Запись врача приемного покоя: _____

Информация о текущей госпитализации:

17. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

18. Диагноз направившей организации _____

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

Первичный осмотр врача приемного покоя при госпитализации:

1. Дата и время осмотра - « ____ » _____ 20 ____ г. _____

2. Жалобы _____

3. Анамнез болезни _____

4. Анамнез жизни _____

5. Аллергические реакции (включая непереносимость препаратов)

□



нет.

6. Перенесенные инфекции

нет



да (код наименование)

Туберкулез



да



нет кож-вен.

да



нет Гепатит



да



нет другое Вирусный гепатит



да



нет Корь, краснуха



да

нет Ветряная оспа

да

нет эпидемический паротит

да

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными больными не был

7. Объективные данные _____

8. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

9. Диагноз при поступлении _____

10. Предварительный диагноз _____

11. Оценка риска падения _____

12. Оценка боли

есть

нет .

Сортировка пациента (приемный покой) _____

13. Дата и время госпитализации « ___ » _____ 20 ___ г. _____

14. Сортировка по триаж-системе _____

15. Идентификационный бейдж _____

16. Инструктаж пациента _____

17. Санитарная обработка

да

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

18. Вид транспортировки _____

19. Признаки инфекций

да

нет

Если да, пациент помещен в изолятор

да

нет

20. Жилищно-бытовые условия (при госпитализации в больницы сестринского ухода) _____

21. Круг общения (при госпитализации в больницы сестринского ухода)

22. Материальная обеспеченность (при госпитализации в больницы сестринского ухода) _____

23. Социальная поддержка (при госпитализации в больницы сестринского ухода) _____

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

Раздел 2. Первичный осмотр лечащего врача:

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка - « ___ »
_____ 20__ г.

2. Жалобы _____

3. Объективные данные пациента _____

4. Анамнез заболевания _____

5. Анамнез жизни _____

6. Наследственность _____

7. Прием медикаментов на момент госпитализации



нет



да (наименование, когда и причины приема)

8. Предварительный диагноз _____

9. План обследования _____

10. План лечения (вкладной лист 4) _____

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

Заполняется при родах:

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

2. Общая информация (рост, вес, последняя менструация, первое шевеление
плода, окружность живота, высота дна матки, положение плода, позиция и вид,
сердцебиение плода, место, ЧСС, предлежащая часть, родовая деятельность,
предполагаемый вес плода) _____.

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

3. Течение родов (время схваток, воды отошли, качество и количество вод,
полное открытие, начало потуг, ребенок родился (первый, второй), критерии
живорождения, пол, рост, вес, окружность головы) _____

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

Вкладной лист 1
к медицинской карте
стационарного пациента**Объективный статус пациента**

1. Дата и время осмотра « ____ » _____ 20 ____ г. _____

2. Рост (при поступлении и необходимости от профиля МО) _____

3. Вес (при поступлении и необходимости от профиля МО) _____

4. ЧСС _____

5. ЧДД _____

6. АД _____

7. Температура _____

8. Количество выпитой жидкости _____

9. Наличие/отсутствие стула и мочеотделения _____

10. Общее состояние (психоэмоциональный статус, внешний вид, нравственные нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память, самоконтроль жизнеобеспечения, трудоспособность, выполняемая работа, сон и отдых, сексуальная удовлетворенность, нарушение дыхания, кашель, потребность в кислороде, система кровообращения, аппетит, язык, повседневный рацион и режим питания, зависимость от посторонней помощи при приеме пищи, причины расстройства приема пищи, совет по поводу соблюдения диеты, состояние мочевыделительной системы, количество потребления жидкости, водный баланс) (при необходимости от профиля МО) _____;

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

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

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

медицинской карте
стационарного пациента

Дневник

1. Дата и время осмотра - « ____ » _____ 20 ____ г. _____
 2. Объективные данные пациента _____
 3. Жалобы _____
 4. Динамика состояния пациента _____
 5. Лабораторно-диагностические исследования _____
 6. Течение послеродового периода (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов) _____
 7. Партограмма (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов) _____
- Осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии), ID _____.

Вкладной лист 3
к медицинской карте
стационарного пациента

Информированное согласие пациента*

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

ИИН _____.

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

Дата рождения - « ____ » _____ 20 ____ г.

Находясь в МО (наименование МО)

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

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

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

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

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

Подпись: _____ Дата и время « ____ » _____ 20 ____ г. _____

Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента:

Ф.И.О. (при его наличии) (полностью)

Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

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

Примечание:

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

Вкладной лист 4
к медицинской карте
стационарного пациента

Лист врачебных назначений

1. Дата и время – « ____ » _____ 20 ____ г. _____

2. Режим _____

3. Диета _____

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

5. Дата назначения (по времени) и дата окончания – «___» _____ 20__
г. _____ и «___» _____ 20__ г. _____

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

Вкладной лист 5
к медицинской карте
стационарного пациента

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

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

2. Объективные данные _____

3. Жалобы _____

4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических исследований _____

5. Диагноз _____

6. Лист врачебных назначений _____

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

Вкладной лист 6
к медицинской карте
стационарного пациента

«Предтрансфузионный эпикриз»

Трансфузионный анамнез в истории болезни:

трансфузий ранее не проводилось

трансфузионный анамнез без особенностей

имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие

Акушерский анамнез для женщин:

без особенностей



многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения, 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/ г.

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



острая анемия, гемоглобин г/л



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



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

Расчетная доза _____

Показания для СЗП/криопреципитата _____

Данные последней коагулограммы: (достаточно одного измененного
показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут) ПТИ %, МНО, АЧТВ,
Фибриноген г/л, 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 $10 \cdot 10^9/\text{л}$ 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 _____

Показания для альбумина: _____

Гипопротеинемия/гипоальбуминемия г/л, _____

Анализ от дд/мм/гг _____

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

Показания к трансфузии проверены, подтверждаю _____

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

Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови

Дата проведения трансфузии – « ____ » _____ 20 ____ г.

Время проведения трансфузии: начата дд/мм/гг, окончена дд/мм/гг – начало
« ____ » _____ 20 ____ г. окончание « ____ » _____ 20 ____ г.

Группа крови и резус-принадлежность больного _____

Отделение больницы, где проводится трансфузия _____

До трансфузии: _____

АД _____

Ps _____

t0 _____

Трансфузионный анамнез _____

Показания к трансфузии _____

Наименование трансфузионной среды _____

Группа крови и резус-принадлежность донора _____

Номер этикетки трансфузионной среды _____

Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды _____

Дата заготовки трансфузионной среды _____

Проведение проб на совместимость:

- по группе крови _____

- по резус-фактору _____

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

- биологическая проба _____

Перелито _____ (мл) (внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно)

Реакции и/или осложнения после трансфузии _____

Предпринятые меры _____

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

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

Суточный диурез _____

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

Дата, время – « _____ » _____ 20 ____ г. _____

Трансфузионный лист

1. Дата – « _____ » _____ 20 ____ г.

2. Наименование трансфузионной среды _____

3. Количество _____



МЛ

4. Группа крови, Rh донора _____

5. Показания _____

6. № этикетки, страна производитель _____

7. Осложнения _____

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

Вкладной лист 7
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

1. Дата и время проведения – « ____ » _____ 20 ____ г.

2. Наименование услуги из тарификатора _____

3. Данные описания проведенного исследования _____

4. Заключение _____

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

Вкладной лист 8
к медицинской карте
стационарного пациента

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

1. Дата и время осмотра – « ____ » _____ 20 ____ г. _____

2. Объективные данные (температура, ЧДД, ИВЛ, SpO₂ / FiO₂, ЦВД, АД,
Оценки боли по ВАШ, Оценка делирия RASS) _____3. Лист врачебных назначений (с посекундным отражением времени
проведения манипуляции) _____

4. Диагноз _____

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

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

Вкладной лист 9
к медицинской карте
стационарного пациента

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра – «___» _____ 20__ г. _____
2. Вид консультации _____
3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований _____
4. Диагноз _____
5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств _____
6. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача _____

При необходимости:

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

Вкладной лист 10
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время – «___» _____ 20__ г. _____
2. Показания к операции/процедуры/афереза _____
3. Клинический диагноз (при проведении сердечно–сосудистых операций описывается состояние больного перед операцией, подготовка к наркозу, измерение объективных данных каждые 5 минут, осложнения по ходу наркоза и операции) _____

4. Анестезиологическое пособие _____

5. Протокол операции включая: _____

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

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

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

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных
исследований _____

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

5.6 Количество кровопотери _____

(мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза _____

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза _____

5.9 Рекомендации _____

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

Вкладной лист 11
к медицинской карте
стационарного пациента

История развития новорожденного

Заполняется в родзале:

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

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

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

3. Заключительный диагноз новорожденного _____

4. Наследственность со стороны матери/отца _____

5. Информация о новорожденном и родах _____

6. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____

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

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

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

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

Заполняется при переводе новорожденного из родзала в отделение: _____

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

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

2. Состояние ребенка при переводе из родзала _____

3. Диагноз предварительный _____

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

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

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

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

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

2. Частота ГВ _____

3. Состояние легких, пульс _____

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

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

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

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

Заключение и предварительный диагноз _____

1. Назначения и их обоснование _____

2. Диагноз _____

Заключительная часть: _____

Выписной эпикриз _____

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

1. Диагноз клинический _____

Дата установления – « ____ » _____ 20 ____ г.

2. Другие виды лечения _____

3. Отметка о выдаче листа о временной нетрудоспособности

№ листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка
нетрудоспособности

4. Исход пребывания _____

Переведен в МО (из регистра МО) _____

5. Трудоспособность _____

6. Дата и время выписки _____

7. Проведено койко-дней _____

8. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

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

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

Заполняется в случае смерти: _____

Умер дд/мм/гг – « ____ » _____ 20 __ г.

Аутопсия проводилась:



да



нет

Патологическое (гистологическое) заключение: _____

Патоморфологический диагноз (основной) _____

осложнения основного заболевания _____

сопутствующий _____

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

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. Ф.И.О. (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 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

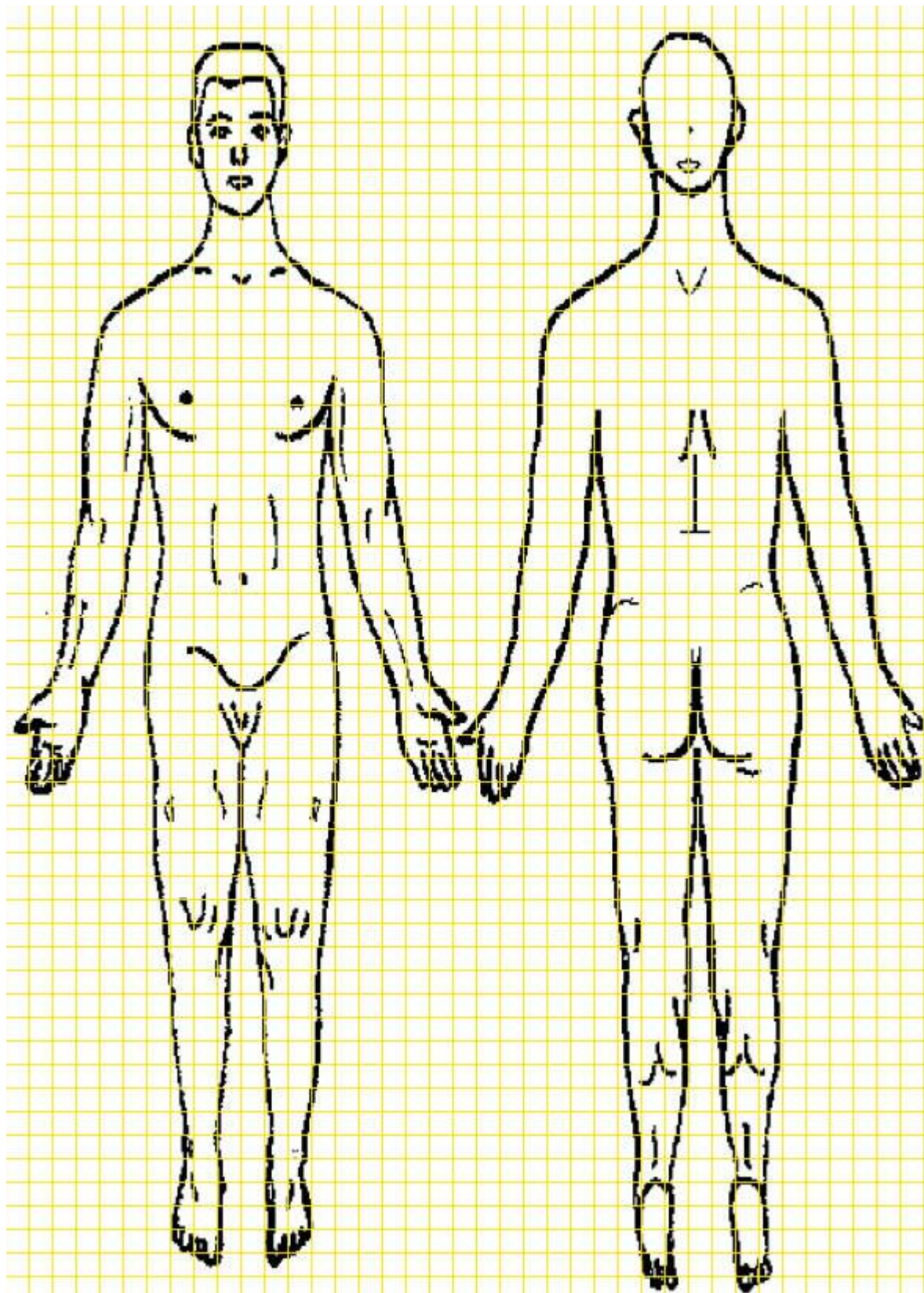
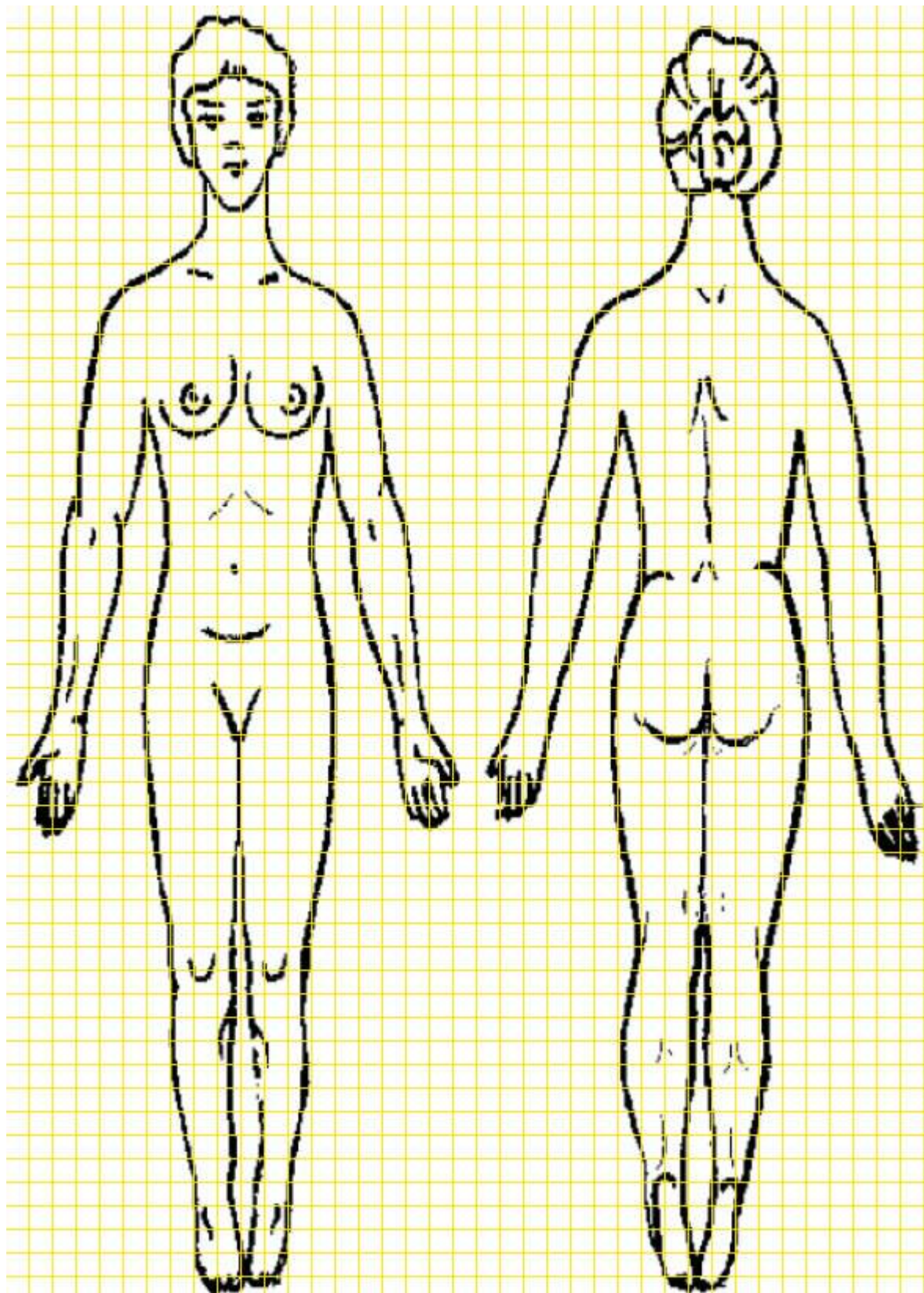


Схема женщины



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 больного)
 - 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	Ф.И.О. (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, Ф.И.О. (при его наличии) врача

Вкладной лист 13 к медицинской карте стационарного пациента

Карта осмотра сурдологического пациента

Ф.И.О. (при его наличии) _____

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				АД		АС	

		одно- сторонняя					
		двусто- ронняя		АД		АС	
Смешанная тугоухость	1 степень	одно- сторонняя		АД		АС	
		двусто- ронняя		АД		АС	
	2 степень	одно- сторонняя		АД		АС	
		двусто- ронняя		АД		АС	
	3 степень	одно- сторонняя		АД		АС	
		двусто- ронняя		АД		АС	
	4 степень	одно- сторонняя		АД		АС	
		двусто- ронняя		АД		АС	
Глухота	одно- сторонняя		АД		АС		
	двусто- ронняя		АД		АС		

Отметить нужное

Слуховой аппарат (есть \нет)		Воздушной проводи- мости		АД		АС	
		Костной проводи- мости		АД		АС	
Имплантируемая система (есть / нет)		Среднего уха		АД		АС	
		Костной проводи- мости		АД		АС	
		Кохлеарной импланта- ции		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 за- ведение			Да		Нет	
	Место работы						
Неорганизован			Да		Нет		

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

1	FiO2	Индекс оксигенации
2	Hb	Гемоглобин
3	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его))
4	Ps	Товарный знак для типа матричных штрихкодов
5	Rh	Резус фактор
6	SpO2	Уровень насыщения крови кислородом
7	t0	Температура тела
8	АД	Артериальное давление
9	АТШ	Антитромбин Ш
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 дели- рия RASS	шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale
21	ПТИ	Протромбиновый индекс
22	PvO2	Показатели газового состава крови
23	PaO2	Показатели газового состава крови
24	СЗП	Свежезамороженная плазма
25	СМР	Средний медицинский персонал
26	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
27	ЦВД	Центральное венозное давление
28	ЧДД	Частота дыхательных движений
29	ЧСС	Частота сердечных сокращений

Приложение 2 к приказу**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 № 012/у «Статистическая карта выбывшего из стационара»****(круглосуточного, дневного) № _____**

Общая часть:

1. ИИН _____
2. Ф.И.О. (при его наличии) _____
3. Дата рождения – « ____ » _____ 19 ____ г.
4. Пол _____
5. Возраст _____
6. Национальность _____
7. Гражданство (справочник стран) _____
8. Житель



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 наименова- ние			код наименование		Хирург Ассистент

Применимо к стационарам, оказывающим помощь наркологическим
 пациентам:

Вид употребляемого наркотика:

	Вид нарко- тика	Срок регулярного употребле- ния (год)	Возраст первой пробы наркотика	Способ употреб- ления	Частота потреб- ления
Основной нар- котик					
Другой нарко- тик (1)					
Другой нарко- тик (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

(С81-96 –группа риска)

Характер проведенного лечения за период данной госпитализации:

Объем лечения

Причина неполного лечения

Вид лечения. Лучевое лечение

Дата начала курса лучевого лечения

Способ облучения:

Облучение внешнее



Облучение сочетанное



другие способы облучения

Вид лучевой терапии

Методы лучевой терапии:



Непрерывная



Фракционирование



Фракционирование нетрадиционное



Лучевая терапия

Использование радиомодификаторов: .

Суммарная очаговая доза облучения: на опухоль

гр., на метастазы

гр.

Осложнения лучевого лечения: .

Лучевой терапевт ID

Дата начала курса химиотерапевтического лечения

Вид химиотерапии: .

Применимо к стационарам, оказывающим акушерско-гинекологическую
помощь пациентам:

Место родов

Беременность по счету №

Характер родов

Которые по счету роды

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

Виды аборта: *при хирургическом.

Сведения о новорожденном:

Дата, время рождения	
Ребенок родился	
Пол ребенка	

Доношенный/недоношенный	
Физическое развитие ребенка при рождении	Рост <input type="text"/> Вес <input type="text"/> Окружность груди <input type="text"/> Окружность головы <input type="text"/>
Скрининг на наследственную патологию	
Аудиологический скрининг	Дата, результат
Офтальмологический скрининг	Дата, результат
Вакцинация	БЦЖ <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет ИПВ (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: Ф.И.О. (при его наличии), ID.

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

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

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

Вкладной лист 1
к статистической карте
выбывшего из стационара

**Карта пациента с острым коронарным синдромом №
дата заполнения карты**

ОКС:

нет

да

с подъемом ST



без подъема ST

1. ОКС с подъемом ST Локализация:



передний



нижний



латеральный



правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)



неопределенная

2. ОКС без подъема ST Локализация:



передний



нижний



латеральный



правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)



неопределенная

3. Дата и время проведения первого ЭКГ.

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

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

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

Место, где случилось событие

дома

на работе



в общественном месте



другое

Место прибытия:



приемный покой



ОриИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)



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

4. Факторы риска

Артериальная гипертензия



нет



да



неизвестно

Сахарный диабет



нет



да (диетотерапия, пероральная терапия, инсулинотерапия)



неизвестно

Курение



нет



да (иногда, постоянно)



неизвестно

Алкоголь (наркомания)



нет



да (иногда, постоянно)



неизвестно

Избыточная масса тела



нет



да



неизвестно

Низкая физическая активность



нет



да



неизвестно

Дислипидемия



нет



да



неизвестно

Наследственная предрасположенность



нет

да

неизвестно

Случай 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

АҚШ/ТКА

нет

да

неизвестно

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

нет

да

неизвестно

ЭКС/ИКД /СРТ (подчеркнуть)

нет

да

неизвестно

Болезни клапанов сердца

нет



да



неизвестно

Кардиомиопатия



нет



да



неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность



нет



да (NYNA ФК)

□

I,

□

II,

□

III,

□

IV)



неизвестно

6. Сопутствующая некардиальная патология

ОНМК



нет



(



1 - геморрагический инсульт,



2 - инфаркт мозга,



3-транзиторная ишемическая атака)

неизвестно

Хроническая болезнь почек (ХБП)

нет

да

неизвестно

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

нет

да

неизвестно

Онкологические заболевания последние 5 лет

нет

да

неизвестно

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии,)

нет

да

неизвестно

ХОБЛ

нет

да

неизвестно

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

нет

да

неизвестно

Семейный анамнез

нет



да



неизвестно

7. Текущее состояние при поступлении

Симптомы

Дискомфорт/боль в грудной клетке



нет



да



неизвестно

Одышка



нет



да



неизвестно

Остановка сердца



нет



да

неизвестно

Синкопе

нет

да

неизвестно

Гипотензия



нет



да



неизвестно

Слабость



нет



да



неизвестно

Другие симптомы

нет

да

неизвестно

Бессимптомное течение

нет

да

неизвестно

8. Физикальные данные (при поступлении)

ЧСС

уд.в мин

АД систолическое

мм.рт.ст. диастолическое

мм.рт.ст.,

среднее АД

мм.рт.ст.

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

I,

II,

III,



IV



неизвестно

Анализ крови (при поступлении)

Вч-Тропонин I/T (при поступлении)



нет

да

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

МВ-КФК

нет

да

d - димер

нет

да

BNP/pro BNP

нет



да

Гемоглобин



нет



да

Гематокрит



нет



да

Тромбоцит



нет



да

Глюкоза



нет



да

Липидный спектр



нет

да, ЛПНП

нет

да, ЛПВП

нет



да, ТГ



нет



да)

Креатинин

нет

да

МКМОЛЬ/Л

Скорость клубочковой фильтрации креатинина _____ (автоматический
расчет)

Калий

нет

да

Магний

нет

да

Кальций



нет



да

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



нет



да

РИТМ



синусовый



фибрилляция предсердий



ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)



др.



неизвестно

QRS



норма



блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)



блокада правой ножки пучка Гиса (БРНПГ)



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
Девиация сегмента ST	да	28
Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов	да	14

Количество баллов

Электронный калькулятор GRACE <http://www.outcomes.org/grace>

Электронный калькулятор GRACE 2 (используется при отсутствии данных об уровне креатинина и классах тяжести по Killip) <http://www.gracescore.org/WebSite/WebVersion.aspx>

Общее количество баллов



Высокий >140 баллов



Средний 109 – 140 баллов



Низкий <108 баллов

Клиническая оценка риска пациентов

стратификация риска пациентов с ОКСбп ST:

нет

да

критерии очень высокий риска

нет



да



гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок



рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению



жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца



механические осложнения ИМ



острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST



повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T, особенно с преходящей элевацией сегмента ST

Критерии высокого риска

нет

да

Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ

динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или асимптомные)



Сумма баллов по шкале GRACE >140

Критерии промежуточного риска



нет



да



Сахарный диабет



Почечная недостаточность (СКФ <60 мл/мин/1,73м2)



устойчивая к медикаментозному лечению



ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность



Ранняя постинфарктная стенокардия



недавнее проведение ЧКВ



предшествующее АКШ



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

Критерии низкого риска



нет



да



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

Шкала риска кровотечения CRUSADE

Показатель (предиктор)	Интервал значений	Баллы
Исходный гематокрит (%)	< 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"/> 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

Тикагрелор	<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
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"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> неизвестно

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

	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно	да <input type="checkbox"/> неизвестно	да <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

	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 антикоагулянты**	<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"/> Внутриорганальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> другие <input type="checkbox"/> неизвестно	<input type="checkbox"/> да Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриорганальная 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:



фибринспецифичный



нефибринспецифичный

б) наименование препарата:



актилизе



тенектеплаза



ретеплаза



др.

в) доза



полная доза

половинная доза

Наличие осложнений тромбозиса

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 \geq 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 (в случае необходимости)

Syntax шкаласы (Шкала Syntax)

нет

да

общее количество баллов

Выбор консилиума «группа Сердце»

нет



да

Чрескожное коронарное вмешательство

Название код операции

Дата и время раздувания баллона/установки стента .



ОКС с подъемом ST:



Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания)



неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса



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



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



без реперфузионного лечения



ОКС без подъема ST:



срочное ЧКВ <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0,	0,	0,	0,	0,	0,
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1,	1,	1,	1,	1,	1,
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2,	2,	2,	2,	2,	2,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	3	3	3	3	3

Рестеноз внутри стента

нет

да

Вовлечение бифуркаций

нет

да

Применение тромбозкомических устройств:

нет

да

неизвестно

17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ



нет



да



тромбоз стента



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



□

II

□

III

□

IV

□

неизвестно

Рецидив ИМ	<input type="checkbox"/> 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.		

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



I,



II,



III,



IV

Исходы ОКС:



ИМ с подъемом ST (трансмуральный)



прерванный ИМ



ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

другие заболевания:



тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)



расслаивающая аневризма аорты



кардиомиопатия такотсубо



Миокардит



другие диагнозы

Вкладной лист 2
к статистической карте
выбывшего из стационара

**Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения
№ дата заполнения карты**



ишемический



геморрагический



транзиторная ишемическая атака

состоит ли пациент на Д учете



нет

да

неизвестно

Принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию

нет



да



неизвестно

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

Случай 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



И,

II,

III,

IV)

неизвестно

Фибрилляция предсердий

нет

да

неизвестно

Мерцательная аритмия

нет

да

неизвестно

Уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, Балл:



от 15 баллов – сознание ясное



от 13 до 14 - оглушение умеренное



от 10 до 12 - оглушение глубокое



от 8 до 9 – сопор



от 6 до 7-кома умеренная



от 4 до 5 - кома глубокая



от 3 - кома терминальная

Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS:



дефицит минимальный



дефицит средний



дефицит тяжелый



дефицит крайне тяжелый

Указать балл по шкале NIHSS

Шкала Рэнкина

11 степень- отсутствие признаков инвалидности

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности



4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности



5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности

Может выпить глоток воды без затруднений:



нет

да

Проведена ли Компьютерная Томография? (КТ):

нет

да; дата .

а) инфаркт в текущий момент:

нет

да

б) кровоизлияние в текущий момент:

нет

да, уточните характер кровоизлияния:

субарахноидально

паренхиматозное

ствол мозга



вентрикулярное



субгенториальное

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

ABM



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



позтапная вертикализация



ЛФК индивидуально

Проводились ли занятия при нарушении речи с логопедом?



только диагностика



занятия по восстановлению речи, чтения, письма

Проводились ли занятия при двигательных нарушениях?



занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания



индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей



биоуправление/БОС,



физиотерапия

Определение реабилитационного потенциала



благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)



неблагоприятный (уход на дому)

Тесты по оценке состояния перед реабилитацией:

а) индекс Бартеля указать балл



нет



да заключение

от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного

от 25 до 65 — выраженной зависимости

от 65 до 90 — умеренной зависимости

от 91 до 99 — легкой зависимости



100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

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



нет



да заключение



нет нарушений когнитивных функций



преддементные когнитивные нарушения



деменция легкой степени выраженности



деменция умеренной степени выраженности



тяжелая деменция

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл



нет



да заключение



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



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



11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления)

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

нет

да заключение

указать балл

1 степень- отсутствие признаков инвалидности



2 степень- наличие легких признаков инвалидности



3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности



4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Была ли проведена системная тромболитическая терапия?

нет, причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

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

доза

Наличие осложнений после тромболизиса

нет

да, указать какие

Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса

Балл по шкале NIHSS

Оценка состояния на 7 сутки после проведения тромболизиса

Балл по шкале NIHSS

Проводилась ли механическая тромбэкстракция?

нет

да

дата и время начала терапии.

дата и время начала терапии.

Название нейрохирургической операции

Код операции

нет

да дата (дд/мм/).

до 6 часов от начала заболевания

до 24 часов



свыше 72 часов

Осложнения, связанные с операцией:

код наименование

а) Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS после операции,

балл



0-3- дефицит минимальный



4-10: дефицит средний



10-21: дефицит тяжелый



>21: дефицит крайне тяжелый

б) индекс Бартеля указать балл



нет

да заключение

от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного

от 25 до 65 — выраженной зависимости



от 65 до 90 — умеренной зависимости



от 91 до 99 — легкой зависимости



100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

нет

да заключение

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

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

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

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать
балл

нет

да заключение

текста.



1 степень- отсутствие признаков инвалидности



2 степень- наличие легких признаков инвалидности



3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Находился в нейрореанимации (ПИТ/БИТ):

нет,

да количество дней

Приложение 3 к приказу

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 № 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 системы
 - на дому
 - в стационаре
 - 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 т.ч. 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 нетрудоспособности	с _____ 20__ года	по _____ 20__ года	Число календарных дней нетрудоспособности	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 и 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 о пролеченном (-ых) случае(-ях) стационарного, стационарозамещающего лечения, лечения в реабилитационных центрах в зависимости от профиля заболевания, с указанием динамических изменений в состоянии пациента; возникших осложнений в ходе лечения; резюмирования результатов лабораторных исследований, консультаций; рекомендаций с учетом реабилитационного потенциала, реабилитационного диагноза и шкалы реабилитационного маршрута. Медицинские документы прилагаются к форме 031 /у в электронном виде, с указанием:

Номера выписки из истории болезни _____

Даты поступления _____

Даты выписки _____

Наименования МО (Исполнитель) _____

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

Даты активного посещения

Наименования МО (Исполнитель)

40. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ:

41. Основной диагноз (код МКБ 10) _____

Основной диагноз (текст) _____

42. Осложнение (код МКБ 10) (указать имеющиеся осложнения): _____

Осложнение (текст) (указать имеющиеся осложнения): _____

43. Диагноз сопутствующего заболевания (код МКБ 10):

Диагноз сопутствующего заболевания (текст) _____

44. Цель направления на МСЭ:

установление инвалидности

переосвидетельствование

досрочное переосвидетельствование

установление степени утраты общей трудоспособности:

первично повторно

установление степени утраты профессиональной трудоспособности:

первично повторно

изменение причины инвалидности

формирование или коррекция ИПР

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

45. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК или лица его замещающего.

46. Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача, заполнившего форму 031/у _____

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

48. 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 (в случаях оказания 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 ____ г.**

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

2. Дата вынесения экспертного заключения _____ 20 ____ г.

3. ИИН _____

4. Фамилия _____

5. Имя _____
6. Отчество (при его наличии) _____
7. Дата рождения _____ г.
8. Клинико-экспертный диагноз: _____
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__ г.
дата переосвидетельствования _____ 20__ г.
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__ г.
12. Рекомендации в социальной и (или) профессиональной части ИПР инвалида № _____
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	ИПР	Индивидуальная программа 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	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
15	ЭЦП	Электронная цифровая подпись
16	УОТ	Утрата общей трудоспособности
17	УПТ	Утрата профессиональной трудоспособности



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 01.07.2022
Сақтау күні 08.07.2022
Дата редакции 01.07.2022
Дата скачивания 08.07.2022

18	МКБ	Международная классификация болезней
19	QR код	Quick Response code

Приложение 4 к приказу

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 № 033/у «Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации инвалида»

№ ___ 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. ИПР 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 ИПР заполняется в электронном виде. Медицинской части ИПР 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	ИПР	Индивидуальная программа 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

Приложение 5 к приказу**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 № 041/у «Медицинское свидетельство о рождении № _____
(выдается для предоставления в регистрирующие органы)»**

Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

1. ИИН
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность, в случаях их
отсутствия - 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, переносенный -
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 или физического лица, работника

занимающегося частной медицинской практикой

К сведению родителей

В соответствии со статьей 189 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» регистрация ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее трех рабочих дней со дня его рождения.

Приложение 6 к приказу**Приложение 3****к приказу исполняющего обязанности****Министра здравоохранения****Республики Казахстан****от 30 октября 2020 года****№ ҚР ДСМ-175/2020****Формы медицинской учетной документации, используемые
в амбулаторно - поликлинических организациях****Форма № 052/у «Медицинская карта амбулаторного пациента»****№ _____**

Общая часть.

Паспортные данные

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



мужской



женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель



города



села

8. Гражданство

9. Адрес проживания

10. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса

12. Тип возмещения

13. Социальный статус

14. Повод обращения

Минимальные медицинские данные:

1. Группа крови. резус-фактор.

2. Аллергические реакции. код наименование

3. Физиологическое состояние пациента (беременность)

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

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

6. Профилактические мероприятия, в том числе профилактические прививки

7. История болезней и нарушений

8. Список текущих проблем со здоровьем

9. Динамическое наблюдение

10. Группа инвалидности

11. Список принимаемых в настоящее время лекарственных средств

12. Антропометрические данные

13. Оценка риска падения

14. Оценка боли

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

16. Инструктаж пациента.

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

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

Индивидуальный план работы с семьей в организациях ПМСП

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

Вкладной лист 1
к медицинской карте
амбулаторного пациента

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

Задачи осмотра новорожденного:

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

Дата осмотра

Возраст: .

Температура

При рождении:

Вес: кг

Рост см

ИМТ

Окружность головы

см

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности.

Анамнез.

Отягощенный анамнез:

да

нет

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

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

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

Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____

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

Видимые врожденные пороки

Костная система

форма головы _____ ШВЫ

большой родничок _____

малый родничок _____

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

Органы дыхания: _____

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

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

Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____

Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности)

Пуповина _____

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

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

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

Определите, есть ли проблемы кормления, проблемы питания:

- Есть ли у Вас трудности при кормлении?

да

нет

- Ребенок кормится грудью?

да

нет

- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью?

да

нет

- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?



да



нет

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

Пользуетесь при кормлении: .

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

Оцените кормление грудью:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

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

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

- Подбородок касается груди



да



нет

- Рот широко раскрыт



да



нет

- Нижняя губа вывернута наружу



да



нет

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта



да



нет

.

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

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)



да



нет

Оцените уход в целях развития:

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

Проблемы развития

Проверьте прививочный статус младенца:

Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня:



Гепатит В 1- 0



БЦЖ _____

Визит для следующей прививки

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

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

Гигиена ребенка

Проблемы ухода

Оценка здоровья матери:

1. Осмотр молочных желез:

Проблемы

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

1. глубокая тревожность и беспокойство	8. утомляемость и недостаток энергии
2. глубокая печаль	9. неспособность к сосредоточению внимания
3. частые слезы	10. нарушение сна
4. ощущение неспособности заботиться о ребенке	11. проблемы с аппетитом
5. чувство вины	12. потеря интереса к сексу
6. приступы паники	13. ощущение беспомощности и безнадежности
7. стресс и раздражительность	14. антипатия к ребенку

Советы по ведению послеродовой депрессии:

1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности
2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней
3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания
4. чаще прикасаться к ребенку
5. думать о ребенке
6. чаще выходить на улицу и двигаться
7. хорошо питаться
8. заботиться о себе
9. вести дневник
10. если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту

Заключение:

Рекомендации:

- Преимущества и практика грудного вскармливания	- Стимуляция психосоциального развития
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания	- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)	- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение
- Оптимальное питание матери.	- родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

<ul style="list-style-type: none">- 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 в случае болезни ребенка (опасные признаки).- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).- Другие рекомендации- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).	<ul style="list-style-type: none">- 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 должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания
---	--

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

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

Вкладной лист 2
к медицинской карте
амбулаторного пациента

**Оценка развития ребенка на приеме врачом
и среднего медицинского работника***

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

Дата осмотра

Возраст:

Температура

Вес г.

Рост см.

ИМТ

Окружность головы

см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка:

Кожа: Пуповина

Слизистые ротовой полости

Зев

Конъюнктивы

Большой родничок

Органы дыхания:

Частота дыхания

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)

Сердечный ритм;

Сердечные шумы;

Органы пищеварения: живот

печень

селезенка

Мочеиспускание; Стул

Диагноз:

Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания

- Есть ли у Вас трудности при кормлении?

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



АҚДС 1+hib 1



Гепатит В 2



ОПВ-1



АКДС 2+ hib 2



Гепатит В 3



ОПВ-2



АҚДС 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 про-гулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза _____ длительность

Психомоторное развитие:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Оценка ухода в целях развития

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

Проблемы ухода для развития

Оценка ухода:

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

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

3. Знает ли мать признаки опасности: .

Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная
заброшенность

да

нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением

- Ребенок не вступает в контакт.

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит.

Проблемы

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

Оценка питания и здоровья матери:

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

Проблемы

Заключение:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по
показаниям

- Другое

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

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

Вкладной лист 3
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра
 2. Вид консультации
 3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований
 4. Диагноз код наименование.
 5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств
 6. Идентификатор врача, Ф.И.О. (при его наличии)
- При необходимости:
7. Записи консилиумов (должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется)

Вкладной лист 4
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время
2. Показания к операции/процедуры/афереза
3. Клинический Диагноз
4. Анестезиологическое пособие

5. Протокол операции включая, как минимум:

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

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

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

5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

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

5.6 Количество кровопотери (мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза

5.9 Рекомендации

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

Вкладной лист 5
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Динамическое (диспансерное) наблюдение пациента

1. Дата и время осмотра

2. Диагноз, согласно которого пациент подлежит динамическому (диспансерному) наблюдению код наименование.;

3. Период действия плана наблюдения по диагнозу:

Дата начала Дата окончания

4. План наблюдения:

Услуга (из тарификатора):

Планируемая дата проведения:

Дата выполнения:

5. Рекомендации:

Вкладной лист 6
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Лист профилактических мероприятий

1. Дата и время осмотра
2. Услуга*. (из тарификатора);
3. Осмотр специалиста, Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор ID Ф.И.О.
(при его наличии);
4. Проведенные диагностические исследования;
5. Проведенные инструментальные исследования;
6. Вакцинация:
Наименование заболевания, против которого применена вакцина (МКБ10)
Страна производитель (Справочник стран)
Номер партии
Номер серии
Название препарата вакцины, анатоксина и прочие.
Способ применения: .
Дозировка

ед.изм.

Дата и время прививки

Побочная реакция или нежелательное явление

Классификатор побочной / нежелательной реакции

Вкладной лист 7
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

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

Вкладной лист 8
к 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. Ф.И.О. (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 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

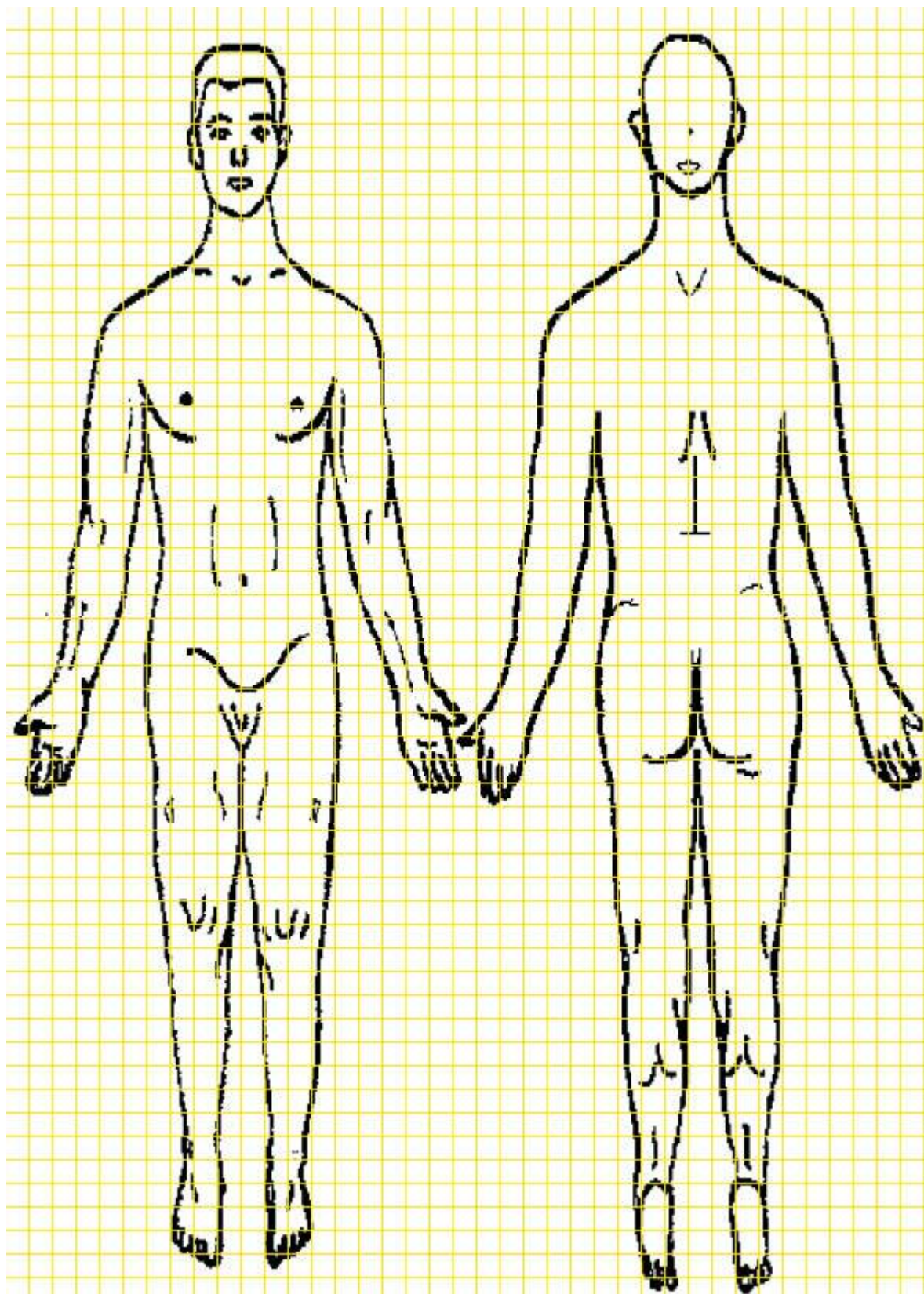
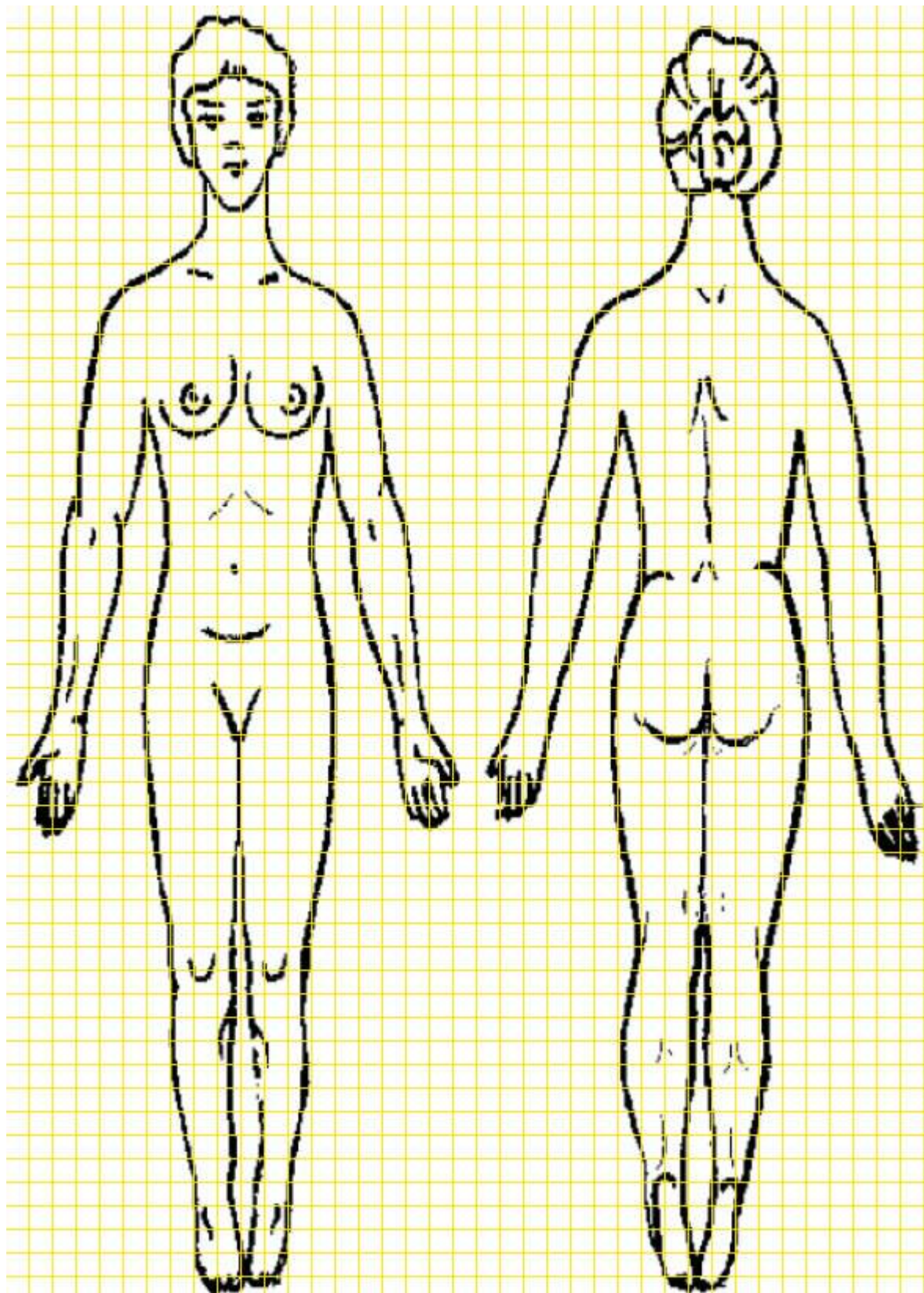


Схема женщины



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 больного)
- 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

Ф.И.О. _____

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	односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		
	3 степень	односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		
	4 степень	односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		
	Глухота	односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		
	Смешанная тугоухость	1 степень	односто- ронняя		АД		АС	
			двусто- ронняя		АД		АС	
		2 степень	односто- ронняя		АД		АС	
			двусто- ронняя		АД		АС	
3 степень		односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		
4 степень		односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		
Глухота		односто- ронняя		АД		АС		
		двусто- ронняя		АД		АС		

Отметить нужное

Слуховой аппарат (есть \нет)	Воздушной проводи- мости		АД		АС	
	Костной проводимо- сти		АД		АС	
Имплантируемая система (есть / нет)	Среднего уха		АД		АС	
	Костной проводимо- сти		АД		АС	
	Кохlearной импланта- ции		АД		АС	
	Дошкольное учреждение		Да		Нет	

Образовательное учреждение/Место работы		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 № 052/у «Медицинской карты амбулаторного пациента»:

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

Приложение 7 к приказу**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 № 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

Приложение 8 к приказу

Приложение 10

к приказу исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-174/2020

Инструкция по заполнению учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

Глава 1. Общие положения

1. Настоящая инструкция по заполнению учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения (далее – Инструкция) разработана в соответствии с пунктами 31) и 33) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом Республики Казахстан «О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания»», а также в целях утверждения учетных форм по документированию телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения.

Глава 2. Формы учетной документации, подлежащие заполнению для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

2. При заполнении учетной документации для регистрации телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения заполняются следующие формы учетной документации (далее – формы документации):

1) форма № 001/у ««Медицинская карта стационарного пациента» № ___» вкладной лист 12 «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» согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) форма № 012/у ««Статистическая карта выбывшего из стационара» (круглосуточного, дневного) № _____» согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) форма № 052/у ««Медицинская карта амбулаторного пациента» № ___» вкладной лист 8 «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» согласно приложению 6 к настоящему приказу;

4) форма № 054/у «Статистическая карта амбулаторного пациента» согласно приложению 7 к настоящему приказу.

Глава 3. Заполнение форм учетной документации

3. В карте медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных и (или) амбулаторных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения заполняются паспортные данные и общие сведения, где указываются индивидуальный идентификационный номер (далее - ИИН), фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, пол, возраст, национальность, гражданство, адрес проживания, место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения с указанием должности, образование, наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса (в случае страхования), тип возмещения затрат, социальный статус.

Указывается повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие.

Описываются жалобы и анамнез. При сборе анамнеза уточняются сведения о применении физического и (или) психологического насилия с указанием даты и места происшествия и применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия. Данные фиксируются в медицинской документации.

Описываются телесные повреждения:

- 1) ссадины;
- 2) кровоподтеки;
- 3) раны;
- 4) переломы.

4. При описании ссадин указываются:

точная анатомическая локализация;

форма: линейная, округлая, овальная, неправильная овальная, треугольная;

направление по отношению к продольной оси тела (вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо);

размеры (длина, ширина в сантиметрах);

состояние дна либо покрывающей корочки (влажная, западает по отношению к уровню окружающей кожи, на уровне или выше уровня окружающей кожи, отпадает по периферии, участок гипер и (или) гипопигментации);

состояние окружающих тканей: припухлость, гиперемия, с наложением крови, почвы.

5. При описании кровоподтеков указываются:

точная анатомическая локализация;

форма: линейная, округлая, овальная, неправильная овальная, треугольная;

направление по отношению к продольной оси тела (вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо);

размеры (длина, ширина в сантиметрах);

цвет (красно-багровый, синюшно-фиолетовый, бурый, зеленоватый, желтый);

состояние дна либо покрывающей корочки (влажная, западает по отношению к уровню окружающей кожи, на уровне или выше уровня окружающей кожи, отпадает по периферии, участок гипер и (или) гипопигментации);

состояние окружающих тканей: припухлость, гиперемия, с наложением крови, почвы.

6. При описании ран указываются:

точная анатомическая локализация;

форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная, веретенообразная;

характер и особенности дефекта ткани, наличие дефекта «минус ткань»;

особенности краев: осадненность, кровоподтечность, отслоенность, загрязненность, инородные включения;

рельеф скошенности стенок: ровные, гладкие, располагаются отвесно, скошена, подрыта;

осадненность концов;

особенности дна; наличие межтканевых соединительно-тканых перемычек, повреждений мышц, костей;

особенности повреждения волос в области раны: поперечно или косо пересечены в начальной и средней трети раны, в конечном отрезке волоса, с вывороченными луковицами;

особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный, неровный, зазубренный.

7. При описании переломов (открытых) описываются:

точная анатомическая локализация;

форма (линейная, неправильная, многооскольчатая);

размеры;

направление линии перелома (вертикальное, горизонтальное, косо-вертикальное (сверху вниз, слева направо));

особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих тканях, переломы тел, дужек и отростков позвонков, характер смещения, повреждения связочного аппарата, межпозвоночных дисков, надболочных и подболочных кровоизлияний, спинного мозга.

8. Описывается психическое состояние. Выявление симптомов психологического воздействия осуществляется путем выявления жалоб при опросе и наблюдения за поведением и состоянием пациента.

Описываются;

сознание (ясное, не нарушено, сознание нарушено, дезориентирован во времени, месте, собственной личности, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

поведение (адекватный, пассивный, заторможенный, оцепенение, возбужденный, пугливый, плаксивый, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

настроение и эмоции (ровный фон настроения, сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность, раздражительность (или) гневливость, повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность), страх, тревога, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

мышление, память, речь (без особенностей, замедленное мышление и (или) речь, ускоренное мышление и (или) речь, обстоятельное и (или) детализированное мышление и (или) речь, бессвязное мышление, бредовые идеи, мысли о смерти, самоубийстве, нарушения памяти и внимания, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам больного): учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту, дрожь в руках и (или) ногах и (или) теле, мышечное напряжение, неспособность расслабиться, чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание, ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, «тяжесть в груди», головокружение, головные боли, чувство слабости, утомляемости, ощущение онемения и (или) покалывания, при наличии дополнения и (или) разъяснения);

не отраженные в вышеприведенных пунктах симптомы, выявленные медицинским работником симптомы: нарушения сна, аппетита, наличие психотравмы, утрата интересов, скрытность, недоверчивость, сообщения об употреблении алкоголя, чувство отчаяния, галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником), при наличии дополнения и (или) разъяснения).

9. В статистической карте выбывшего из стационара (круглосуточного и (или) дневного) с телесными повреждениями и (или) психологическим воздействием в результате жестокого обращения заполняются паспортные данные и общие сведения, где указываются ИИН, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, пол, возраст, национальность, гражданство, адрес проживания, место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения с указанием должности, образование, наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса (в случае страхования), тип возмещения затрат, социальный статус.

Указывается тип госпитализации (экстренная, плановая), первичная или повторная госпитализация, код госпитализации.

Заполняются сведения о лицах, направивших на госпитализацию и наименование направившей медицинской организации.

Указывается диагноз направившей организации и диагноз при поступлении.

Указывается вид травмы (бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная), синдром жестокого обращения с уточнением (оставление без внимания или брошенность, физическая, сексуальная, и (или) психологическая жестокость, другие синдромы жестокого обращения, синдром неуточненного жестокого обращения).

Указываются сведения о госпитализации с лицом по уходу и (или) с кормящей матерью, дата и время госпитализации, отделение, номер палаты.

Заполняются сведения о нахождении в отделении реанимации, указывается профиль койки.

Сведения о виде транспортировки (самостоятельно, доставлен бригадой скорой помощи и (или) медицинской авиации, в сопровождении физических лиц).

Заполняются сведения о результатах исследования на ВИЧ-инфекцию, группа крови и резус-фактор, об аллергических реакциях и побочных действиях лекарственных средств.

Указывается заключительный диагноз, осложнения и сопутствующие заболевания.

Заполняются сведения о проведении хирургических операций.

Также указываются заключительные сведения (исходы пребывания и лечения, дата и время выписки (смерти), количество проведенных койко-дней, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача и заведующего отделением).

10. В статистической карте пациента с телесными повреждениями и (или) психологическим воздействием в результате жестокого обращения, получившего помощь в амбулаторных условиях, заполняются паспортные данные и общие сведения, где указываются ИИН, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения, пол, возраст, национальность, гражданство, адрес проживания, место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения с указанием должности, образование, наименование страховой компании с указанием номера страхового полиса (в случае страхования), тип возмещения затрат, социальный статус, повод обращения (профилактический осмотр, заболевание, травма).

Указывается вид травмы (бытовая, уличная, дорожно-транспортная), школьная, спортивная), синдром жестокого обращения с уточнением (оставление без внимания или заброшенность, физическая, сексуальная, и (или) психологическая жестокость, другие синдромы жестокого обращения, синдром неуточненного жестокого обращения).

Вносятся данные о направившем лице, заключительный диагноз, а также сведения о проведенных операциях, манипуляциях.

Указывается исход обращения, подтверждение случаев поликлинического обращения и дата его завершения.

Вносятся сведения о враче (фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор).

Приложение 9 к приказу

Приложение 7

к приказу исполняющего обязанности

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 30 октября 2020 года

№ ҚР ДСМ-174/2020

**Перечень форм учетной медицинской документации организаций
здравоохранения**

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.	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	002/у	В электронном/бумажном формате	5 лет
3.	Форма учета движения крови, ее компонентов, препаратов, и диагностических стандартов	003/у	В электронном формате	5 лет
4.	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	004/у	В электронном формате	5 лет
5.	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	005/у	В электронном формате	1 год
6.	Форма учета переливания крови, ее компонентов, препаратов	006/у	В электронном формате	5 лет
7.	Форма учета реципиентов крови и ее компонентов	007/у	В электронном формате	5 лет
8.	Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	008/у	В электронном формате	5 лет
9.	Акт констатации биологической смерти/ изъятии органов и тканей у донора-группа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга	009/у	В электронном формате	25 лет
10.	Журнал учета консервированного костного мозга	010/у	В электронном формате	25 лет
11.	Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	011/у	В электронном формате	25 лет
12.	Статистическая карта вышедшего из стационара	012/у	В электронном формате	1 год
13.	Форма учета отделения (палаты) новорожденных	013/у	В электронном формате	5 лет

14.	Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 014/у	В электронном формате	5 лет
15.	Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 015/у	В электронном формате	5 лет
16.	Форма учета регистрации больных туберкулезом	ТБ 016/у	В электронном формате	5 лет
17.	Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 017/у	В электронном формате	5 лет
18.	Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов	ТБ 018/у	В электронном формате	5 лет

2. Формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Форма учета операций/манипуляций	019/у	В электронном формате	25 лет
2	Форма учета родов	020/у	В электронном формате	25 лет
3	Форма учета медицинского освидетельствования, справок	021/у	В электронном формате	5 лет
4	Карта диализа	022/у	В электронном формате	25 лет
5	Журнал учета разведенных цитостатиков	023/у	В электронном/бумажном формате	1 год
6	Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении	024/у	В электронном/бумажном формате	1 год
7	Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	025/у	В электронном/бумажном формате	3 года
8	Заключение врачебно - консультационной комиссии	026/у	В электронном/бумажном формате	3 года
9	Справка			3 года

		027 /у	В электронном/ бумажном формате	
10	Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта, (в том числе из государства-члена ЕАЭС)	028 /у	В бумажном формате	3 года
11	Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности	029 /у	В электронном формате	3 года
12	Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	030 /у	В электронном формате	1 год
13	Заключение на медико-социальную экспертизу	031 /у	В электронном формате	1 год
14	Журнал регистрации и реабилитации инвалидов	032 /у	В электронном формате	3 года
15	Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	033 /у	В электронном формате	3 года
16	Извещение	034 /у	В электронном формате	3 года
17	Форма учета медицинских услуг	035 /у	В электронном 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 электронном формате	3 года
19	Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	037 /у	В электронном формате	3 года
20	Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности	038 /у	В электронном формате	3 года
21	Заключение судебно-психиатрической экспертизы	039 /у	В электронном/ бумажном формате	25 лет
22	Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	040 /у	В электронном/ бумажном формате	до минования надобности
23	Медицинское свидетельство о рождении	041 /у	В электронном/	5 лет

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

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

№ п /п	Наименование формы		Вид документа	Срок хранения
--------	--------------------	--	---------------	---------------

		Но- мер фор- мы		
1	Медицинская карта амбулаторного пациента	052 /у	В электронном формате	до минования надобности
2	Талон на прием к врачу	053 /у	В электронном формате	до минования надобности
3	Статистическая карта амбулаторного пациента	054 /у	В электронном формате	1 год
4	Карта профилактического осмотра (скрининга)	055 /у	В электронном формате	5 лет
5	Форма учета записи вызовов врачей на дом	056 /у	В электронном формате	1 год
6	Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	057 /у	В электронном формате	1 год
7	Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)	058 /у	В электронном формате	5 лет
8	Карта обратившегося за антирабической помощью	059 /у	В бумажном формате	3 года
9	Лечебная карта допризывника	060 /у	В бумажном формате	5 лет
10	Именной список допризывников для систематического лечения	061 /у	В бумажном формате	5 лет
11	Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг	062 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
12	Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	063 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
13	Талон прикрепления к медицинской организации	064 /у	В электронном формате	1 год
14	Карта профилактических прививок	065 /у	В электронном/ бумажном формате	5 лет
15	Журнал учета профилактических прививок	066 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
16	Журнал движения вакцин	067 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
17	Справка для получения путевки	068 /у	В бумажном формате	3 года
18	Санаторно-курортная карта	069 /у	В электронном/ бумажном формате	3 года
19	Путевка в детский санаторий			3 года

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

4. Формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Журнал учета ВИЧ -инфицированных	084 /у	В электронном/ бумажном формате	до минования

			ном фор- мате	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 элек- тронном/ бумаж- ном фор- мате	3 года
12				25 лет

	Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	095 /у	В электронном/бумажном формате	
13	Бракеражный журнал	096 /у	В бумажном формате	3 года

5. Формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Направление	097/у	В электронном формате	1 год
2	Результат	098/у	В электронном формате	1 год
3	Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам	099/у	В электронном формате	1 год
4	Журнал контроля посуды и питательных сред	100/у	В электронном/бумажном формате	1 год
5	Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	101/у	В электронном/бумажном формате	1 год
6	Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	102/у	В электронном/бумажном формате	1 год
7	Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	103/у	В электронном/бумажном формате	1 год
8	Форма учета лабораторных и диагностических исследований	104/у	В электронном формате	1 год
9	Журнал регистрации микробиологических исследований смывов	105/у	В электронном/бумажном формате	1 год
10	Журнал 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	В электронном/бумажном формате	1 год
13	Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин	109/у		1 год

			В электронном/ бумажном форма- те	
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

6. 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		до минования надобности

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