

"Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 14 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-128 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2021 жылғы 22 желтоқсанда № 25908 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасы нысандарында:

"Медициналық-әлеуметтік сараптамаға қорытынды" № 31/е нысаны осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Пациентті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының (бұдан әрі – ОЖБ) медициналық бөлігі" № 033/е нысаны осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

А. Цой

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2021 жылғы 14 желтоқсандағы
№ ҚР ДСМ-128 Бұйрыққа
1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
2-қосымша

20 ____ жылғы " ____ " ____ №

"Медициналық-әлеуметтік сараптаманың қорытындысы" № 031/е нысаны

1. ЖСН _____

—
2. Тегі _____

—
3. Аты _____

—
4. Әкесінің аты (болған жағдайда) _____

—
5. Туған күні ____ жылғы " ____ " _____

6. Жынысы

☐

ер

☐

әйел

7. Азаматтығы (елдердің анықтамалығы) _____

—
8.

☐

қала

☐

ауыл тұрғыны

9. Тұрақты тұрғылықты жері бойынша тіркеу мекенжайы _____

—

10. Нақты тұрғылықты жердің мекенжайы (кетуге байланысты мемлекеттік қызметтерді көрсету үшін)

11. Куәландыру орны (өрістердің біреуін таңдау):

☐

балалар үйінде, интернатта, балаларға арналған мамандандырылған ұйымдарда

☐

әлеуметтік қорғау медициналық -әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда)

☐

қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде

☐

үйде

☐

стационарда

12. БХТ бойынша медициналық ұйымға тіркелу:

13. Тіркелген күні 20__жылғы ____.

Медициналық ұйымның атауы

14. Пациенттің немесе заңды өкілінің ұялы телефон нөмірі (МАБ тіркелген)

+7

15. Заңды өкілдің (ата -анасының, қамқоршысының, жетекшісінің) деректері:

ЖСН

Тегі

Аты

Өкесінің аты (болған жағдайда)

16. Жіберген медициналық ұйымның атауы (МҰ тіркелімінен)

17. Медициналық ұйымның мекенжайы

18. Жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

19. Жіберген дәрігердің лауазымы (мамандығы)

20. № 031/е нысанын толтыру күні 20__жылғы ____

21. Қайта куәландыруға/мерзімінен бұрын қайта куәландыруға жіберілген кезде:

22. Мүгедектік тобы (жолдың біреуін таңдау):

☐

бірінші топ

☐

екінші топ

☐

үшінші топ

☐

мүгедек бала

☐

бірінші топтағы мүгедек бала

☐

екінші топтағы мүгедек бала

☐

үшінші топтағы мүгедек бала

☐

мүгедектік анықталмаған

23. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

24. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

25. Жұмыс орны (жұмыс істейтін адамдар үшін) _____

—

26. Лауазымы _____

—

27. Негізгі кәсібі _____

—

28. Оқу орны (оқушылар мен студенттер үшін) _____

—

29. Курс/сынып _____

30. Мектепке дейінгі мекеме _____

31. Медициналық ұйымның бақылауында (күні) _____

32. Клиникалық және еңбек тарихы, диагностика, емдеу шаралары

33. Аурудың анамнезі: қай жастан бастап ауырады, ағымының ерекшеліктері мен сипаты, өршу жиілігі, соңғы өршу күні, емдеу (оның ішінде рецидивке қарсы), тиімділік

(антропометриялық динамика, гематологиялық көрсеткіштер, функционалдық үлгілер,

соматикалық мәртебедегі өзгерістер, емдеу нәтижелерін жалпы бағалау) қызметі

34. Пациент диспансерлік тіркеуде тұра ма

☐

жоқ, егер

☐

тұрса (диспансерлік тіркеу бойынша барлық диагнозын көрсету):

Диагноз (АХЖ-10) коды) _____ Диспансерлік тіркеуге алынған күн _____

Диспансерлік тіркеуден шығарылған күн _____

35. Жарақат болған кезде: жарақаттың түрі (өрістердің біреуін таңдау):

☐

тұрмыстық

☐

өндірістік

☐

көшедегі (жол-көлікті қоспағанда)

☐

жол-көлік

☐

мектептегі

☐

спорттық

☐

басқалар

жарақатты алған күні _____

жарақат алған жер мен жағдайлар (нақты көрсетіңіз)

—

—

—

36. Қазіргі уақыттағы жүргізілген ем: _____

—

☐

оң динамикамен

☐

динамикасыз

☐

теріс динамикамен.

37. 031/е нысанын толтыру кезіндегі физиологиялық өлшемдер:

АҚ/Қ _____ миллиметр сынап бағанасы

ЖҚЖ _____ минут

Пульс _____ минут

ТАЖ _____ минут

Дене қызуы _____

Бойы _____ сантиметр

Салмағы _____ килограмм

Жамбас көлемі _____ сантиметр

38. Еңбек жағдайының өзгеруі _____

39. Еңбекке уақытша жарамсыздық (соңғы 12 айдағы ақпарат)

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы №	20 ____ жылғы ____ бастап	20__ жылғы ____ __ дейін	Осы диагноз бойынша еңбекке жарамсыздық күндерінің саны	АХЖ-10 бойынша коды
			Барлық күні	

40. Оңалту іс-шараларының жоспары:

41. Организмнің бұзылған функцияларын қалпына келтіруге және (немесе) өтеуге бағытталған техникалық құралдар бойынша ұсыныстар бар:

☐

жоқ,

☐

бар, бір немесе бірнеше өрісті таңдау керек:

☐

көру қабілетінің төмендеуі 0 – 0,03 және / немесе көру өрісі 0 – 10;

☐

көру қабілетінің төмендеуі 0,04 – 0,08 және / немесе көру өрісі 10 – 20;

☐

балалардың көруінің 0,19 дейін төмендеуі және / немесе өрістердің 25 –ке дейін тарылуы;

☐

екі жақты есту қабілетінің төмендеуі;

☐

дауысты қалыптастырудың бұзылуы;

☐

қозғалыс функциясының елеулі бұзылуы;

☐

қозғалыстың қиындығы;

☐

өзіне-өзі қызмет көрсетудегі қиындық;

☐

омыртқаның статодинамикалық бұзылыстары;

☐

жоғарғы аяқтардың құрылымы мен/немесе қызметінің бұзылуы;

☐

төменгі аяқтың құрылымы мен/немесе функциясының бұзылуы;

☐

мастэктомия;

☐

жамбас ағзалары функцияларының бұзылуы;

☐

ішек стомасы;

☐

несеп шығару жолдарының стомасы.

42. Әлеуметтік қызметті ұсыну

☐

жоқ, егер

☐

ия:

жеке көмекші

☐

ымдау тілі маманы

☐

43. Арнайы әлеуметтік қызмет көрсету

☐

жоқ, егер

☐

ия (біреуін ғана таңдау):

стационар

☐

жартылай стационар

☐

үй жағдайында

☐

44. Жұмыспен қамту

☐

нет, егер

☐

ия:

Жұмыс уақытын ұйымдастыру: толық

☐

, қысқартылған жұмыс күні

☐

Қолайсыз өндірістік факторлардың әсерін жою

☐

Арнайы жұмыс орнын құру

☐

45. Оқыту/қайта оқыту

☐

жоқ,

☐

ия

46. Шағымдарды көрсете отырып, мамандармен кеңесудің нәтижелері, дене

функциясының бұзылу дәрежесін көрсететін объективті тексеру деректері, диагноздар

мен ұсынымдар. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау стандарттарына,

диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес

аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде қоса

беріледі:

Қызмет атауы _____

— Жүргізу күні _____

— Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

— 47. Клиникалық, зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулердің нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау стандарттарына, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың профилі үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде қоса беріледі:

Қызмет атауы _____

— Жүргізу күні _____

— Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

— 48. Науқастың жағдайының динамикалық өзгеруін көрсететін аурудың бейініне байланысты стационарлық, стационарлық алмастыру емінің емделген жағдайлары (жағдайлары) бойынша, оңалту орталықтарында емдеу нәтижелері; емдеу кезінде пайда болатын асқынулар; зертханалық зерттеулер, консультациялар нәтижелерін қорытындылау; оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту жолының ауқымын ескере отырып ұсынымдар. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде

қоса беріледі, онда мыналар көрсетіледі:

Сырқатнамадан үзіндінің нөмірі _____

— Түскен күні _____

— Шыққан күні _____

— Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

— 49. Жедел жәрдем/стационарлық науқасқа белсенді барудың нәтижелері. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде қоса беріледі, онда мыналар көрсетіледі:

Белсенді түрде барған күндері _____

Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

МӘС-ке жіберілген кезде клиникалық-функционалдық диагноз _____

50. Негізгі диагноз (АХЖ-10 коды) _____

51. Негізгі диагноз (мәтін)

52. Асқыну (АХЖ-10 коды) (бар асқынуларды көрсету): _____

53. Асқыну (мәтін) (указать имеющиеся осложнения): _____

54. Қосымша аурулар диагнозы (АХЖ-10 коды) (барлық қосымша ауруларды көрсету):

55. Қосымша аурудың диагнозы (мәтін) (барлық қосымша ауруларды көрсету)

56. Медициналық әлеуметтік сараптамаға жіберу мақсаты:

☐

мүгедектікті анықтау

☐

қайта куәландыру

☐

мерзімінен ерте қайта куәландыру

☐

жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтау:

бірінші

☐

қайта

☐

☐

кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтау:

бірінші

☐

қайта

☐☐

мүгедектік себебінің өзгеруі

☐

оңалтудың жеке бағдарламасын қалыптастыру немесе түзету

☐

зардап шеккен жұмысшының көмек пен күтімнің қосымша түрлеріне қажеттілігі
туралы қорытынды беру қажеттілігі

57. Қашықтықтан куәландыруға жіберу:

☐

куәландыру қашықтықтан проактивті

☐

адам көлікке жарамсыз

☐

адам стационарлық емделіп жатқан аймақтан тыс жерде төтенше жағдай, шектеу
шаралары, оның ішінде карантин

58. Расталған: Т.А.Ә. (болған жағдайда) және Дәрігерлік-консультациялық
комиссия төрағасының ЭЦҚ

59. QR код (жылдам әрекет ету коды)

60. Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтауға
және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын анықтауға қажет пациенттің заңмен
қорғалатын құпиясын құрайтын жеке деректер мен ақпаратты жинауға, өңдеуге және
беруге келісім:

☐

ия

Пациенттен немесе заңды өкілінен жауап алынған күн: 20__жылғы " __ " __

Пациенттен немесе заңды өкілінен алынған жауап _____

61. Жіберушінің ұялы телефон нөмірі: +7

МӘС сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама

1. Медициналық ұйымның атауы (жіберген) (МҰ тіркелімінен) _____

2. Сараптамалық қорытындыны шығарылған күні 20__жылғы__

3. ЖСН _____

4. Тегі _____

5. Аты _____

6. Әкесінің аты (болған жағдайда) _____

7. Туған күні __жылғы__

8. Клиникалық-сараптамалық диагноз: _____

Негізгі диагноз, атауы, коды _____

Қосымша диагнозы атауы коды _____

9. МӘС сараптамалық қорытынды: мүгедектік тобы _____

мүгедектік себебі _____

мүгедектік мерзімі _____

мерзімі __ 20__жылдан бастап ескерілген.

қайта куәландыру күні 20__жылғы__

10. Еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің мерзімі _____

КЕҚА дәрежесі _____%

КЕҚА себебі _____

КЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

КЕҚА дәрежесінің қайта куәландыру күні 20__жылғы__

11. Мүгедекке ОЖБ әзірлеу № _____

12. Оңалту бойынша кеңестер

медициналық оңалту бойынша _____

әлеуметтік оңалту бойынша _____

кәсіби оңалту бойынша _____

13. Негізсіз жолдама немесе сапасыз толтыру жағдайында толтырылады



негізсіз жолданған



сапасыз толтырылған:

Негіздеме _____

14. Медициналық-әлеуметтік сараптама актінің № _____

15. МӘС/МӘС ӘБ бөлімінің басшысының ЭЦҚ-мен куәландырылды

1-Ескертпе. МӘС бойынша қорытынды электронды түрде толтырылады және ДКК-ның

төрағасының ЭЦҚ-мен қолы қойылады.

2-Ескертпе. МСЭ сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама электронды түрде толтырылады және ЭЦҚ-мен қол қойылады.

Қысқартылған сөздер тізімі:

№	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
1	БХТ	Бекітілген халық тіркелімі
2	МАБ	Мобилдік адамдар базасы
3	АҚ/Қ	Артериялық қан қысымы
4	ЖҚЖ	Жүрек қағысының жиілігі
5	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
6	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
7	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
8	ОЖБ	Оңалту жеке бағдарламасы
9	МӘС	Медициналық-әлеуметтік сараптама
10	МО	Медициналық ұйым
11	МӘС бөлімі	Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі
12	МӘС ӘБ бөлімі	МӘС әдіснама және бақылау бөлімінде
13	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
14	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
15	ЖЕҚА	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу
16	КЕҚА	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу
17	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктелуі

Бұйрыққа

2-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының

20 __ жылғы " __ " _____ № __

"Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының (бұдан әрі – ОЖБ) медициналық бөлігі" № 033/е нысаны

1. ЖСН _____
2. Тегі _____
3. Аты _____
4. Әкесінің аты (болған жағдайда) _____
5. Туған күні ____ жылғы " ____ " _____
6. Тіркелген мекенжайы _____
7. Телефон _____
8. Білімі _____
9. Жұмыс орны оқу орны/мектепке дейінгі мекеме _____
10. Мүгедектік тобы (болған жағдайда) _____
11. ОЖБ әзірленген: бірінші рет

☐

; қайта

☐

12. Оңалту диагнозы (АХЖ-10) _____

13. Оңалту сараптамалық қорытынды:

Оңалтуды бағыттау шкаласы баллмен _____

ХҚЖ b өлшемшарттарының коды _____

ХҚЖ d өлшемшарттарының коды _____

14. Неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық профильді, оңалту болжамы мен халықаралық критерийлерге сәйкес оңалту әлеуеті бар пациенттер үшін)

(балмен)

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалту бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалтуға дейін	Оңалтуға дейін (қайта ОЖБ кезінде толтырылады)	Қорытындының бағасы (қайта ОЖБ кезінде толтырылады)
---	----------------	--	---

15. Басқа бейінді пациенттер үшін, оңалту болжамы және оңалту әлеуеті

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалтудың бейіндерін көрсетіңіз)	Болжам *	Әлеует **
--	----------	-----------

*- мәнді таңдау: қолайлы, салыстырмалы түрде қолайлы, күмәнді, қолайсыз

** - мәнді таңдаңыз: жоғары, орташа, төмен, жоқ

16. Медициналық оңалту кезеңі:

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалту бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалту кезеңінің нөмірі	Жүргізу деңгейі (амбулаториялық, стационарлық)
---	-------------------------	--

17. Аяқталған және жоспарланған медициналық оңалту шаралары

Оңалту түрі ***	Жүргізілген күні	Жүргізілген іс-шаралардың атауы	Ескертпе	Көрсетілген жоспарланған іс-шаралардың жиілігі мен ұзақтығы
-----------------	------------------	---------------------------------	----------	---

*** - мәнді таңдау: физикалық оңалту, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, әлеуметтік қызметкерлердің консультациясы, пациенттерді оқыту, реконструктивті хирургия, күндізгі стационарларда, тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларда, оңалту орталықтарында, үй стационарларындағы оңалту, санаторийлік-курорттық емдеу, қосымша қызметтер

18. Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша кеңестер

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар	Жүргізу мерзімі (орындалу айы мен жылы)	Пациент қажет ететін нақты түрлері
1. Протездеу және ортездеу		
2. Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету		
3. Пациентті үй жағдайында оңалту әдістеріне үйрету		
4. Басқалары (жеке көмекші, ымдау тілі бойынша маман, арнайы әлеуметтік қызметтер)		

19. Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау 20__ жылғы _____

(күнді көрсетіңіз) (өрістердің бірін таңдаңыз):

☐

бұзылған функцияларды қалпына келтіру (өрістердің бірін таңдаңыз):

☐

ТОЛЫҚ

☐

жартылай

☐

бұзылған функцияларды өтеу (өрістердің бірін таңдаңыз):

☐

ТОЛЫҚ



жартылай



оң нәтиженің болмауы

20. ДКК төрағасының ЭЦҚ куәландырылды

21. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

22. QR код (жылдам әрекет ету коды)

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электронды түрде толтырылады.

ОЖБ медициналық бөліміне ақпараттық жүйе автоматтандырылған түрде шығарылатын бірегей нөмір беріледі.

Қысқартылған сөздер тізімі:

№	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
1	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	ОЖБ	Оңалту жеке бағдарламасы
4	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
5	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі
6	ХҚЖ	Халықаралық қызмет етуінің жіктемесі
7	МКФ _b	Пациент организмнің функциялары
8	МКФ _d	Белсенділік пен өзін-өзі қамтамасыз етуге қатысу