

**О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
"Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций
здравоохранения"**

Утративший силу

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2017 года № 92. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 апреля 2017 года № 15051. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020.

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 30.10.2020 № ҚР ДСМ-175/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6697, опубликован в газете "Казахстанская правда" от 24 февраля 2011 года, № 68-69 (26489-26490); "Казахстанская правда" от 26 февраля. 2011 года, № 72-73 (26493-26494); "Казахстанская правда" от 02 марта 2011 года, № 76-77 (26497-26498); "Казахстанская правда" от 05 марта 2011 года, № 82-83 (26503-26504); "Казахстанская правда" от 06 марта 2011 года, № 84-85 (26505-26506); "Казахстанская правда" от 10 марта 2011 года, № 86-87 (26507-26508); "Казахстанская правда" от 15 марта 2011 года, № 92-93 (26513-26514); "Казахстанская правда" от 16 марта 2011 года, № 94-95 (26515-26516); "Казахстанская правда" от 17 марта 2011 года, № 96-97 (26517-26518); "Казахстанская правда" от 29. марта 2011 года, № 105-106 (26526-26527); "Казахстанская правда" от 30 марта 2011 года, № 107-108 (26528-26529); "Казахстанская правда" от 06 апреля 2011 года, № 116 (26537); "Казахстанская правда" от 12 апреля 2011 года, № 121-122 (26542-26543); "Казахстанская правда" от 13 апреля 2011 года, № 123-124 (26544-26545); "Казахстанская правда" от 14 апреля 2011 года, № 125-126 (26546-26547); "Казахстанская правда" от 19 апреля 2011 года, № 131-132 (26552-26553); "Казахстанская правда" от 20 апреля 2011 года, № 133 (26554); "Казахстанская правда" от 21 апреля 2011 года, № 134-135 (

26555-26556); "Казахстанская правда" от 23 апреля 2011 года, № 138 (26559); "Казахстанская правда" от 26 апреля 2011 года, № 139 (26560); "Казахстанская правда" от 30 апреля 2011 года, № 144-145 (26565-26566); "Казахстанская правда" от 07 мая 2011 года, № 150-151 (26571-26572); "Казахстанская правда" от 14 мая 2011 года, № 156-157 (26577-26578); "Казахстанская правда" от 21 мая 2011 года, № 163-164 (26584-26585); "Казахстанская правда" от 28 мая 2011 года, № 170-171 (26591-26592); "Казахстанская правда" от 06 июня 2011 года, № 177-178 (26598-26599); "Казахстанская правда" от 11 июня 2011 года, № 185-186 (26606-26607) следующие изменения и дополнения:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Утвердить:

1) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) Медицинскую учетную документацию, используемую в амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) Медицинскую учетную документацию других типов медицинских организаций согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) Медицинскую учетную документацию лабораторий в составе медицинских организаций согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) Медицинскую учетную документацию организации службы крови согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) Карту учета дефектов оказания медицинских услуг согласно приложению 8 к настоящему приказу";

пункт 2 изложить в следующей редакции:

"2. Руководителям управлений здравоохранения областей, городов Астана и Алматы (по согласованию), руководителям республиканских организаций здравоохранения ввести (по согласованию) в организациях здравоохранения формы первичной медицинской документации, утвержденные настоящим приказом.";

в приложении 1:

форму туберкулезного больного 01/у "Медицинская карта больного туберкулезом" изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

форму туберкулезного больного 09/у "Направление на перевод больного туберкулезом" исключить;

форму туберкулезного больного 12/у "Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций)" изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

форму туберкулезного больного 14/у "Информированное согласие больного туберкулезом на лечение" исключить;

форму № туберкулезного больного 002/у "Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц" исключить;

форму № 003/у "Медицинская карта стационарного больного" изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

формы № 004/у "Температурный лист", № 004-1/у "Лист врачебных назначений", № 005/у "Протокол трансфузии эритроцитсодержащих средств", № 005-1/у "Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови" исключить;

форму № 005-3/у "Трансфузионный лист больного" исключить;

форму № 011/у "Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии" исключить ;

формы № 011-2/у "Карта послеоперационного наблюдения пациента", № 011-3/у "Консультация анестезиолога" исключить;

формы № 011-6/у "Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии новорожденных", № 012/у "Карта операционного периода при проведении сердечно-сосудистых операций", № 013/у "Протокол (карта) патологоанатомического исследования" исключить;

форму № 021/у "Направление на получение специализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне" изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

форму № 022-1/у "Журнал учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделения)" исключить;

форму № 041/у "Карта больного с почечным трансплантантом" исключить;

форму № 066/у "Статистическая карта выбывшего из стационара" изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

форму № 066-п/у "Статистическая карта больного, продолжающего лечение" исключить;

форму № 097/у "История развития новорожденного" изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу;

в приложении 2:

форму № 001-1/у "Журнал учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)" исключить;

дополнить формой № 023/у "Учетная карта независимого эксперта" согласно приложению 7 к настоящему приказу;

форму № 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного" изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему приказу;

форму № 028/у "Вкладной лист учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях" исключить;

дополнить формами:

№ 029-1/у "Журнал учета разведенных цитостатиков" согласно приложению 9 к настоящему приказу;

№ 035-4/у "Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование" согласно приложению 10 к настоящему приказу;

форму № 039-6/у "Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/ женской консультации" исключить;

формы № 042/у "Карта лечящегося в кабинете лечебной физкультуры", № 044/у "Карта больного, лечящегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)" исключить;

форму № 047/у "Карта учета процедур больного, лечящегося в кабинете иглорефлексотерапии" исключить;

дополнить формой № 051-1/у "Журнал лучевой терапии" согласно приложению 11 к настоящему приказу;

формы № 073/у "Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС)", № 074/у "Журнал регистрации амбулаторных больных" исключить;

дополнить формой № 088-2/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида" согласно приложению 12 к настоящему приказу;

дополнить формой № 090-1/у "Извещение о реципиенте органа (части органа)" согласно приложению 13 к настоящему приказу;

форму № 093/у "Карта учета сеансов гипербарической оксигенации" исключить;

дополнить формой № 095-2/у "Контрольный талон к справке №__ Справка №__ о временной нетрудоспособности" согласно приложению 14 к настоящему приказу;

формы № 099/у "Счет для оплаты медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию", № 099-1/у "Заявка на проведение телемедицинской консультации", № 099-2/у "Журнал учета пациентов, направленных на телемедицинскую консультацию" исключить;

форму № 099-5/у "Протокол проведения телемедицинской консультации" исключить;

дополнить формами:

№ 135/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций" согласно приложению 15 к настоящему приказу;

№ 136/у "Журнал учета забора крови на инфекцию ВИЧ" согласно приложению 16 к настоящему приказу;

№ 137/у "Учетная карта специалиста, занимающегося научной, научно-педагогической, руководящей работой в здравоохранении для централизованного автоматизированного учета" согласно приложению 17 к настоящему приказу;

№ 137-1/у "Учетная карта специалиста, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета" согласно приложению 18 к настоящему приказу;

№ 137-2/у "Учетная карта специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета" согласно приложению 19 к настоящему приказу;

в приложении 3:

форму № 001-2/у "Журнал учета больных стационара на дому" исключить;

формы № 001-5/у "Журнал учета больных, направленных на консультацию или диагностическое исследование", № 001-6/у "Журнал учета больных, отправленных на госпитализацию и отказа в госпитализации" исключить;

форму № 003-2/у "Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому" исключить;

форму № 025/у "Медицинская карта амбулаторного пациента №__ или код" изложить в новой редакции согласно приложению 20 к настоящему приказу;

форму № 025-3/у "Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента, находящегося на диспансерном учете (этапный эпикриз)" исключить;

форму № 025-8/у "Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента" изложить в новой редакции согласно приложению 21 к настоящему приказу;

форму № 025-9/у "Статистическая карта амбулаторного пациента (для консультативно-диагностических центров (поликлиник)" исключить;

форму № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" изложить в новой редакции согласно приложению 22 к настоящему приказу;

форму № 030-2/у "Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством" изложить в новой редакции согласно приложению 23 к настоящему приказу;

форму № 040/у "Карточка предварительной записи на прием к врачу" исключить;

форму № 043/у "Медицинская карта стоматологического больного №_" изложить в новой редакции согласно приложению 24 к настоящему приказу;

форму № 048/у "Санационная карта школьника" исключить;

дополнить формой № 055-1/у "Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом" согласно приложению 25 к настоящему приказу;

форму № 059/у "Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники" исключить;

форму № 061/у "Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена" изложить в новой редакции согласно приложению 26 к настоящему приказу;

форму № 062/у "Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена" исключить;

форму № 066-4/у "Статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре и стационаре на дому №_" исключить;

форму № 068/у "Журнал регистрации медицинского обслуживания физкультурных мероприятий (за) 20__ год" исключить;

форму № 075/у "Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта" исключить;

форму № 078/у "Направление в санаторий для больных туберкулезом" исключить;

форму № 085/у "Карта участковой медсестры противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного диспансерного отделения (кабинета), больницы (поликлиники)" исключить;

форму № 087/у "Книга записи работы юрисконсульта организации здравоохранения (за) 20__ года" исключить;

форму № 112/у "История развития ребенка (мальчик)" изложить в новой редакции согласно приложению 27 к настоящему приказу;

форму № 112/у "История развития ребенка (девочка)" изложить в новой редакции согласно приложению 28 к настоящему приказу;

форму № 116/у "Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)" исключить;

дополнить формами:

№ 127/у "Журнал регистрации предоставления справки из наркологического диспансера за 20__ год" согласно приложению 29 к настоящему приказу;

№ 127-1/у "Журнал регистрации предоставления справки из психоневрологического диспансера за 20__ год" согласно приложению 30 к настоящему приказу;

форму № 128/у "Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний" исключить;

дополнить формой № 129/у "Журнал регистрации предоставления справки из противотуберкулезного диспансера за 20__ год" согласно приложению 31 к настоящему приказу;

формы № 131/у "Карта учета профилактических осмотров", № 132/у "Рецепт бесплатный или льготный", № 133/у "Книга учета бланков рецептов на бесплатный и льготный отпуск лекарственных средств" исключить;

дополнить формами:

№ 278-1/у "Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета" согласно приложению 32 к настоящему приказу;

№ 278-2/у "Журналы учета пациентов по скринингам на уровне первичная медико-санитарная помощь" согласно приложению 33 к настоящему приказу;

форму № 279/у "Карта диспансерного наблюдения" исключить;

в приложении 4:

формы № 003-4/у "Медицинская карта стационарного больного больницы сестринского ухода", № 025-6/у "Первичная медицинская карта пораженного (больного) в чрезвычайной ситуации", № 058-1/у "Экстренное донесение о чрезвычайной ситуации (ЧС)", № 058-2/у "Срочное донесение о чрезвычайной ситуации)", № 060-1/у "Журнал учета чрезвычайных ситуаций (ЧС)" исключить;

формы № 067-1/у "Ежедневный листок учета движения пораженных (больных) в центре медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях (за истекшие сутки на 8.00", приема населения врачом хозрасчетной (частной) организации", № 107/у "Реабилитационная карта", № 098/у "Журнал ежедневного оперативного учета", № 109/у "Журнал регистрации вызовов станции (отделения) скорой медицинской помощи" исключить;

дополнить формой № 110-2/у "Карта вызова бригады санитарной авиации" согласно приложению 34 к настоящему приказу;

форму № 114/у "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) №_" изложить в новой редакции согласно приложению 35 к настоящему приказу;

форму № 115/у "Дневник работы станции скорой медицинской помощи" исключить;

дополнить формой № 118-1/у "Оперативная заявка № ___" согласно приложению 36 к настоящему приказу;

форму № 120/у "Журнал регистрации плановых выездов (вылетов)" исключить;

формы № 122/у "Журнал учета приема детей в ясли-сад", № 123/у "Табель учета ежедневной посещаемости детей ясли-сада", № 124/у "Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 месяцев)", № 150/у "Карта учета процедур гемодиализа", № 150-1/у "Карта экстракорпоральной гемокоррекции", № 150-2/у "Карта плазмафереза", № 150-3/у – "Карта ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови", № 150-4/у – "Карта плазмифльтрации", № 202/у "Протокол велоэргометрического исследования", № 203/у "Электрокардиограмма", № 209/у "Фонокардиограмма", № 212/у – "Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)", № 213 /у "Карта эхокардиографического обследования", № 213-2/у "Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры", № 225/у "Протокол ЧпЭФИ - чрезпищеводного электрофизиологического исследования, № 226/у – "Реография", № 229/у "Зональная реография", № 231/у "Спирография", № 243/у "Эхоэнцефалография", № 243-1/у "Электроэнцефалография", № 246/у "Функциональное исследование периферических сосудов", № 247/у "Ультразвуковое исследование", № 247-1/у "Протокол исследования грудных желез", № 247-2/у "Ультразвуковое исследование (матки, шейки матки, яичника)", № 247-3/у "Ультразвуковое исследование беременной", № 247-3/1у – "Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности", № 247-3/2у "Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности", № 247-4/у "Ультразвуковое исследование (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки)", № 247-5/у "Ультразвуковое исследование мочевого пузыря", № 247-6/у "Ультразвуковое исследование щитовидной железы", № 247-7/у "Ультразвуковое исследование предстательной железы" исключить;

форму № 264/у "Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 37 к настоящему приказу;

формы № 264-3/у "Результат исследования методом полимеразной цепной реакции", № 264-4/у "Направление на полимеразную цепную реакцию", № 264-5/у "Направление на вирусную нагрузку", № 264-6/у "Направление на полимеразную цепную реакцию для детей, рожденных от инфицированных матерей вирусом иммунодефицита человека", № 264-7/у "Направление на вирусную нагрузку на вирус иммунодефицита человека", № 264-8/у "

Направление индивидуальное на исследование образцов крови методом иммуноферментного анализа на антитела к вирусу иммунного дефицита человека ", № 264-9/у "Направление на резистентность вирус иммунного дефицита человека к антиретровирусным препаратам" исключить;

формы № 265/у "Направление на исследование крови на наличие антител к вирусу иммунного дефицита человека - в референс лабораторию", № 265-1/у "Результат исследования резистентности вирус иммунного дефицита человека к антиретровирусным препаратам, № 267-1/у "Журнал регистрации и учета переконтрольных сывороток на антитела к вирусу иммунного дефицита человека ", № 267-2/у "Журнал учета результатов иммуноблота (для лабораторий, проводящих исследования методом иммуноблота)" исключить;

форму № 270/у "Результат исследования на антитела к ВИЧ (диагностическая лаборатория РЦ СПИД) №__" изложить в новой редакции согласно приложению 38 к настоящему приказу;

форму № 270-1/у "Отчетная форма показателя прогрессирования заболеваемости вирусом иммунного дефицита человека /синдромом приобретенного иммунного дефицита" исключить;

форму № 270-2/у "Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 39 к настоящему приказу;

форму № 270-4/у "Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 40 к настоящему приказу;

форму № 270-5/у "Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированным пациентам" изложить в новой редакции согласно приложению 41 к настоящему приказу;

форму № 272/у "Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 42 к настоящему приказу;

форму № 272-1/у "Журнал регистрации и учета результатов сывороток крови, поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД" изложить в новой редакции согласно приложению 43 к настоящему приказу;

формы № 274/у "Экстренное извещение об инфекции вируса иммунного дефицита человека", № 274-1/у "Донесения об изменении диагноза – синдром приобретенного иммунного дефицита" исключить;

форму № 280/у "Бракеражный журнал" изложить в новой редакции согласно приложению 44 к настоящему приказу;

форму № 281/у "Направление на исследование крови на CD- 4, CD-8" изложить в новой редакции согласно приложению 45 к настоящему приказу;

форму № 281-2/у "Результаты исследования крови на CD -4, CD-8" исключить;

приложение 5 исключить;

в приложении 6:

правый верхний угол изложить в следующей редакции:

"Приложение 5 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907";

форму № 201/у "Направление на анализ крови" изложить в новой редакции согласно приложению 46 к настоящему приказу;

форму № 202/у "Направление крови на биохимический генетический скрининг" исключить;

форму № 204/у "Направление на микробиологическое исследование (первичное, повторное)" изложить в новой редакции согласно приложению 47 к настоящему приказу;

форму № 205/у "Направление на санитарно-микробиологическое исследование. Результат санитарно-микробиологического исследования" исключить;

форму № 206/у "Результат иммуногематологического исследования крови пациента" изложить в новой редакции согласно приложению 48 к настоящему приказу;

форму № 207/у "Направление на консультативные иммуногематологические исследования крови (группа крови по АВО, резус-принадлежность/фенотип, нерегулярные антиэритроцитарные антитела/идентификация, антиглобулиновый тест прямой. Результат консультативного иммуногематологического исследования" изложить в новой редакции согласно приложению 49 к настоящему приказу;

форму № 208/у "Анализ - суточной экскреции глюкозы" исключить;

форму № 210/у "Анализ мочи" изложить в новой редакции согласно приложению 50 к настоящему приказу;

формы № 211/у "Анализ мочи по Зимницкому", № 214/у "Анализ крови и мочи (активность а-амилазы)", № 215/у "Анализ (определение количества форменных элементов мочи)" исключить;

форму № 216/у "Анализ мокроты" изложить в новой редакции согласно приложению 51 к настоящему приказу;

форму № 216-1/у "Анализ мокроты" исключить;

форму № 218/у "Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и прямой кишки (РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по Романовскому)" изложить в новой редакции согласно приложению 52 к настоящему приказу;

форму № 219/у "Анализ кала" изложить в новой редакции согласно приложению 53 к настоящему приказу;

форму № 220/у "Анализ кала (яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин)" исключить;

форму № 224/у "Анализ крови (развернутый)" исключить;

формы № 228/у "Биохимический анализ крови", № 230/у "Биохимический анализ проба Реберга", № 232/у "Анализ крови проба на толерантность к нагрузке глюкозой", № 233/у "Суточная экскреция с мочой фосфора, кальция, оксалатов", № 234/у "Анализ крови (содержание электролитов)", № 235/у "Анализ крови на содержание гормонов и медиаторов)", № 236/у "Анализ мочи на содержание гормонов и медиаторов", № 237/у "Анализ крови (коагулологические исследования)", № 238/у "Анализ (исследование крови на LE - клетки)", № 239/у "Результат микробиологического исследования" исключить;

формы № 241/у "Анализ крови - реакция Вассермана", № 242/у "Анализ крови (результат серологических исследований)", № 244/у "Иммунологический анализ", № 244-1/у "Иммунограмма", № 244-2/у "Иммуноглобулины", № 244-3/у "Анализ крови (антистрептолизин-О, ангиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, цероплазмин)", № 245/у "Направление (исследование крови на маркеры вирусных гепатитов", № 245-1/у "Иммуноферментный анализ", № 248/у "Анализ крови экспресс-методом", № 249/у "Направление крови на микрореакцию", № 250/у "Журнал регистрации анализов и их результатов" исключить;

дополнить формами:

№ 250-1/у "Журнал движения первичной пробы" согласно приложению 54 к настоящему приказу;

№ 250-2/у "Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер" согласно приложению 55 к настоящему приказу;

№ 250-3/у "Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин" согласно приложению 56 к настоящему приказу;

дополнить формой № 255/у "Журнал лабораторный паспорт оборудования" согласно приложению 57 к настоящему приказу;

в приложении 7:

правый верхний угол изложить в следующей редакции:

"Приложение 6 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907";

форму № 404/у "Направление на кроводачу, плазмаферез, цитаферез и другие" изложить в новой редакции согласно приложению 58 к настоящему приказу;

форму № 405/у "Ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров

за " __ " " _____ " 20 __ года" изложить в новой редакции согласно приложению 59 к настоящему приказу;

форму № 405-2/у "Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за __" изложить в новой редакции согласно приложению 60 к настоящему приказу;

форму № 405-3/у "Направление на индивидуальный и специальный подбор крови" исключить;

форму № 406/у "Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов" изложить в новой редакции согласно приложению 61 к настоящему приказу;

форму № 407/у "Медицинская карта донора крови и ее компонентов" изложить в новой редакции согласно приложению 62 к настоящему приказу;

форму № 410-3/у "Журнал регистрации доноров с HLA-антигенами" исключить;

форму № 410-13/у "Журнал регистрации результатов определения антител серологическим методом" исключить;

форму № 411-1/у "Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови" изложить в новой редакции согласно приложению 63 к настоящему приказу;

форму № 412-1/у "Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток" изложить в новой редакции согласно приложению 64 к настоящему приказу;

форму № 413-5/у "Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов" изложить в новой редакции согласно приложению 65 к настоящему приказу;

форму № 422/у "Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов" изложить в новой редакции согласно приложению 66 к настоящему приказу;

форму № 424/у "Акт № списания компонентов крови" изложить в новой редакции согласно приложению 67 к настоящему приказу;

форму № 425/у "Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований" изложить в новой редакции согласно приложению 68 к настоящему приказу;

форму № 425-7/у "Результат индивидуального подбора крови" исключить;

форму № 425-9/у "Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 69 к настоящему приказу;

форму № 425-10/у "Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 70 к настоящему приказу;

форму № 426/у "Карта учета выдачи трансфузионных сред медицинской организации" исключить;

дополнить формой № 426-1/у "Журнал регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология" для референс-лаборатории" согласно приложению 71 к настоящему приказу;

формы № 427-1/у "Журнал регистрации приготовления взвеси эритроцитов кроликов", № 428/у "Карта учета изоиммунного лица" № 429/у "Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки АВО", № 430/у "Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки АВО", № 430-1/у "Журнал регистрации результатов определения антиальфастафилолизина в сыворотках, плазме доноров, иммунопрепаратах", № 430-2/у "Журнал регистрации результатов определения антиальфастафилолизина в сыворотке кроликов доноров", № 430-3/у "Журнал определения лимита гемолитического действия (Lh) стафилококкового альфатоксина", № 430-4/у "Результат определения антиальфастафилолизина в донорской (-ом)", № 431/у "Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки антирезус (реагента, реактива)" исключить;

форму № 432/у "Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки антирезус (реагента, реактива)" исключить;

форму № 433-1/у "Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 72 к настоящему приказу;

форму № 433-2/у "Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций" изложить в новой редакции согласно приложению 73 к настоящему приказу;

форму № 433-3/у "Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 74 к настоящему приказу;

форму № 433-4/у "Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 75 к настоящему приказу;

форму № 433-7/у "Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 76 к настоящему приказу;

форму № 433-8/у "Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 77 к настоящему приказу;

форму № 437/у "Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови" изложить в новой редакции согласно приложению 78 к настоящему приказу;

форму № 446/у "Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения" изложить в новой редакции согласно приложению 79 к настоящему приказу;

формы № 446-1/у "Журнал регистрации результатов исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови", № 446-2/у "Журнал записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови" исключить;

приложение 7-1 изложить в новой редакции согласно приложению 80 к настоящему приказу;

в приложении 7-2:

правый верхний угол изложить в следующей редакции:

"Приложение 8 к приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907".

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

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л. М.

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

Министр здравоохранения
Республики Казахстан

Е. Биртанов

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	Б С Н бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № туберкулезбен ауыратын науқас 01/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я Форма № туберкулезного больного 01/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық қартасы Медицинская карта больного туберкулезом

ТМН/РМН _____ Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____ -----	3.Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі Социально-профессиональный статус
	<input type="checkbox"/>
	жұмысшы/рабочий
	<input type="checkbox"/>
	қызметкер/служащий
	<input type="checkbox"/>
	жұмыссыз/безработный
<input type="checkbox"/>	
зейнеткер/пенсионер	
<input type="checkbox"/>	
мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник	
<input type="checkbox"/>	
оқушы/учащийся	
<input type="checkbox"/>	
студент/студент	

Тіркелген күні/Дата регистрации _____ / _____ / _____

кк/аа/жжжж

д д / м м / г г г г

Жеке куәлігінің (туу туралы куәлігі) номері/ _____

Номер удостоверения личности, свидетельство о рождении

1. Науқас туралы ақпарат

Информация о больном

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/

Отчество (при наличии) _____

ЖС/ИИН _____ Код (КАТО) _____

Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____

кк/аа/жжжж

д д / м м / г г г г

Жынысы/Пол:

ер/мужской;

ә й е л / ж е н с к и й

Нақты мекен-жайы:

Белгісіз тұрғылықты орны жоқ - болған жағдайда (бұдан

әрі – БТОЖ) / без определенного места жительства – при

наличии (далее – БОМЖ)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

(Адрес фактического проживания) _____

_____ облысы/область

_____ қаласы/ауданы

_____ елді мекені

(город/район) (населенный пункт)

_____ көшесі/улица

_____ үй/дом _____ пәтер/квартира

телефон _____

Науқасқа жақын адамның ТАӘ _____

(ФИО близкого лица (при наличии))

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы _____

(Адрес близкого лица) _____

Қазақстан Республикасы азаматы/гражданин Республики Казахстан

шетелдік (елі) / (иностранец (страна) _____

Ұлты/Национальность _____

Тұрғыны/Житель:

өз бетінше жұмыспен шұғылданушы/самозанятость

сотталған/осужденный

тергеуде жүрген адам/следственно-арестованный

жалпы емдеу жүйесінің - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖЕЖ) қызметкері/медицинский работник общей лечебной сети – при наличии (далее – ОЛС)

ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО

пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной системы

мигрант (сыртқы, ішкі, еңбек/ внешний, внутренний, трудовой)

басқалар/прочие

4. Қауіп-қатер факторлары
Факторы риска

қатынаста болған/контактный:

туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ);

Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚДТ ТБ)/ туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)

Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)/ туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – ШЛУ ТБ);

қант диабеті/сахарный диабет;

нашақорлық/наркомания

ішімдікке салыну/злоупотребление алкоголем;

соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу/

нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;

АҚТҚ/ВИЧ;

қала/город

а у ы л / с е л о

2. Анықтау

/

Выявление

қаралу/обращение:

қауіпті топ/группа риска;

міндетті қаралатын контингент/
обязательный контингент;

б а с қ а л а р / п р о ч и е

алдын ала тексеру/профосмотр:

қауіпті топ/группа риска;

міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;

б а с қ а л а р / п р о ч и е

өлгеннен кейін/посмертное:

қауіпті топ/группа риска;

міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;

б а с қ а л а р / п р о ч и е

Алғашқы белгілері пайда болған күні: _____ / _____ / _____

Дата появления первого симптома

БМСК қаралған күні/ _____ / _____ / _____

Дата обращения в ПМСП

Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда (бұдан әрі – ТҚҰ) қаралған күні/ Дата обращения в противотуберкулезную организацию– при наличии (далее – ПТО) _____ / _____ / _____

белгісіз/неизвестен

Басқалар/другие:

босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер/ /женщины в послеродовом периоде до 1 года;

жүктілік/беременность

БЦЖ егілмеген / не вакцинирован БЦЖ

5. Науқасты жіктеу Тип больного

жаңа жағдай/новый случай

қайталануы/рецидив

сәтсіз ем/неудача лечения

үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва

ауыстырылған/переведен

Басқалар/Другие:

Туберкулездің микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив микобактерии туберкулеза – при наличии (далее – МБТ(-)

ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва МБТ(-)

ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-)

6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі
Локализация и форма туберкулеза

Өкпе ТБ

соның ішінде біріккен өкпеден тыс ТБ

Өкпеден тыс ТБ

Легочный в том числе. сочетанный с ВЛ
Внелегочный

Диагноз _____

МКБ б/ша шифрі/ _____

шифр по МКБ

7. Зерттеу қорытындылары/Результаты исследования

Исследования/Зерттеулер		ем бастаған дейін 0 ай до начала лечения 0 месяца			2 ай 2 месяца		3 ай 3 месяца		4 ай 4 месяца	
		1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	3 сынама 3 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба
Қақырық жағынд-н микроскопиясы (микроскопия мазка мокроты)	Күні (дата)									
	қорытынды (результат)									
	Зерттеу № (лаб.№)									
Қақырықтың дақылы (посев мокроты)	Да қыл (посев)	Әдіс (метод) (Л-Й В Л-Й				Л-Й		Л-Й		
		Күні (дата)								
		қорытынды (результат)								
	Сезімталдық (ТЛЧ)	Зерттеу № (лаб №)								
		Әдіс (метод) (Л-Й В МГ								
		Күні (дата)								
		Зерттеу № (лаб №)								
		H								
		R								
		E								
Z										
S										
Рентген	Күні (дата)									
	Ыдырау (распад)									

113 код	Күні (дата)	
	қорытынды (результат)	

Примечание: 1. Қақырық жағындының, дақылдың, сезімталдықтың қорытындысын, қақырық жағындысын жиі
результаты микроскопии, посевов, ТЛЧ считать с даты сбора мокроты 2. Молекулярлы-генетикалық (МГ): Хай
қажеттісін тандаңыз/Молекулярно-генетический: Хайн-тест, G-Xpert - выб
ТДК/ДТК:

ия/да

жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні/Если проведено, дата: __

ТКК/ПТК:

ия/да

жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні/ Если проведено, дата: ___/___/___

10. Туберкулезге қарсы препараттар/Противотуберкулезные препараты

Ем баст. дейінгі салмағы / Вес до начала _____ кг:	қарқынды кезеңі/интенсивная фаза					Белгіленген мөлшердегі түйдектелген препараттар микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – БМБП) / Комбинированные препараты с фиксированными дозами – при наличии (далее – КПФД)	жалғастыру кез			
	Н 100мг <input type="checkbox"/>	Р 150мг <input type="checkbox"/>	З 500мг <input type="checkbox"/>	Е 100мг <input type="checkbox"/>	Е 400мг <input type="checkbox"/>		С 1000мг <input type="checkbox"/>	Н100 <input type="checkbox"/>	Н300 <input type="checkbox"/>	Р150 <input type="checkbox"/>
	Өлшем бірлігі / Единица	Өлшем бірлігі / Единица	Өлшем бірлігі / Единица	Өлшем бірлігі / Единица	Өлшем бірлігі / Единица	Н75R150Z400E275	Н30R60Z150	Өлшем бірлігі	Өлшем бірлігі	Өлш бірл

11. Жалғастыру кезеңіндегі науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/Лист проведения НКЛ больного на поддерживающей фазе

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) больного:	Туған күні/ Дата рождения кк/аа/жжжж	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/ж ж ж ж дд/мм/гггг	Басқа да қаражат көзі (грант, жергілікті бюджет)/ Из других источников (грант, местный бюджет): <input type="checkbox"/>
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:	жжжж дд/мм/ гггг		Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет: <input type="checkbox"/>
ТБЕ жауапты/Ответственный за НКЛ			
Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг):			

Емдеу		мекемесі/		Күнтізбелік		ай/														Емделген														
Лечебная организация:				Календарный месяц:																Месяц лече														
Препарат	Өлшем бірлігі/ Ед.изм	Саны/ Колво	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Z	табл																																	
H	табл																																	
R	капс																																	
E	табл																																	
4 КПФД (H75R150 Z400E275)	табл																																	
3КПФД (H30R60 Z150)	табл																																	

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "

" ,бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "

" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "

" белгіленеді; "О" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "Р" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; "Х" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "

"- при однократном приеме препаратов под контролем; "

✓
✓
✓

" - при двукратном приеме препаратов под контролем;

"

✓
✓
✓
✓

" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен принимать противотуберкулезные препараты (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения _____ / _____ / _____

13. Ем нәтижелері/Исходы лечения:

Сауықты/Вылечен

Ем аяқталды/Лечение завершено

Сәтсіз ем/Неудача лечения

Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

Ауыстырылды/Переведен

IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV

Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти _____ / _____ / _____

_____;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти:

Туберкулезден

өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти:

стационарда/в стационаре

стационардан тыс/не в стационаре

14.



Сараптамасы алынды/Диагноз снят

Ескертулер/Примечания: _____

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/Фамилия _____

----- а т ы / и м я

_____ әкесінің аты/отчество (при его наличии) _____

_____ қолы/подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/Фамилия _____

----- аты/имя _____

----- әкесінің аты/отчество (при его наличии) _____

_____ қолы/подпись _____

Туберкулезге шалдыққан науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
больного туберкулезом

Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы
Направление на перевод больного туберкулезом
Науқасты ауыстыратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес
переводящей организации

Науқас ауысып баратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес
организации, в которую
больной переводится

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного

Туған күні/Дата рождения _____ ЖСН/ИИН _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Жынысы/Пол: Е/М

Ә/Ж

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекен-жайы (көшкен жағдайда жаңа мекен-жайы)/Адрес (при переезде
будущий адрес): _____

Науқасқа жақын адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)
близкого лица _____

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы/Адрес близкого лица _____

Диагнозы/Диагноз _____

Тіркеу нөмірі/Регистрационный номер _____ Ем бастаған күні/Дата нач.
леч. _____

Ем санаты/Категория лечения:

I санат жаңа жағдайлар/Категория I новые случаи

II санат қайталанған жағдайлар/Категория II повторные случаи



IV санат ҚДТ ТБ/Категория IV МЛУ ТБ

Науқас қабылдайтын препараттар/Препараты, получаемые больным _____

Ескертулер (жанама әсерлер)/Примечание (побочные эффекты) _____

Науқасты ауыстыратын тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) переводящего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/

Подпись _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Науқас ауыстырылған ұйымдар үшін

Для использования организацией, в которую больной был переведен:

(Науқас тіркеуге алынғаннан кейін нысанның бұл бөлігін ауыстырған ұйымға жіберу қажет)

(Эту часть формы отправить в организацию, направившую больного после его регистрации)

Ұйымның атауы/Название организации _____

Мекенжайы/Адрес _____

Науқастың ТАӘ(болған жағдайда)/ФИО (при наличии) больного

Науқас осы ұйымда тіркелді / Больной зарегистрирован в данной организации

Тіркеу нөмірі (жаңа)/Регистрационный номер (новый) _____

Тіркелген күні/Дата регистрации _____

Науқасты қабылдап алған тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) принявшего

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ұйымның атауы (Наименование организации) _____

Туберкулезге шалдыққан науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы

Вкладной лист к медицинской карте
больного туберкулезом

Емдеуге алынатын туберкулезге шалдыққан науқастың ақпараттық келісімі

Мен, _____

_____ науқастың Т.А.Ә., (болған жағдайда) туылған жылы (егер бала болса,

а т а -

анасын немесе қамқоршысынын көрсету)

Тұратын мекенжайы _____

1. Науқастың құқығы

1) Туберкулез деп сараптама қойылған күннен бастап, емдеуді толық аяқтағанға дейін кез келген уақытта тегін медициналық көмекке;

2) Туберкулездің көп дәріге төзімділігімен (КДТ ТБ) және адам инммунды тапшылық вирусымен ілеспелі туберкулез жағдайын қосқанда медициналық ем мен кеңес алу Халықаралық стандартқа сәйкес болады;

3) Туберкулез науқасымен қатынаста болған балалар мен басқада тұлғаларды туберкулезден тексеру мен алдын ала емдеуді тегін жүргізуге;

4) Емделушінің абройына, мәдени құндылықтары мен діни нанымдарына барлық медицина қызметкерлері мен денсаулық сақтау әкімшілігі жағынан орынды және әділетті қатынаста болуға;

5) Өзінің денсаулық жағдайы туралы (сараптамасын, ем әдісін, емделу уақытын, емге байланысты нәтижелері мен қауіп-қатерін) дер кезінде толық және маңызды ақпаратты алуға;

6) Туберкулезге қарсы препараттардың атауы және мөлшері туралы және олардың әсері мен жанама әсерін сонымен қатар қосымша диагностикалық және қандайда бір емнің араласуы туралы мәлімет алуға құқылы.

2. Науқастың міндеті:

1) Тағайындалған ем тәртібін сақтау. Өзінің денсаулығы мен айналасындағылардың денсаулығы үшін туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерді қабылдауда үзіліс жасамау;

2) Медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен барлық тағайындалған туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау;

3) Айналасына кері әсер етпеуі үшін "туберкулез науқасының мінез-құлқы ережесін" сақтау;

4) Емдеу әдісін дұрыс таңдау үшін, өзінің денсаулық жағдайын, алдыңғы ем тәсілдерін, ілеспелі ауруын, ота жасалғандығын, жарақат алғандығын, аллергиялық әсері мен басқада мағлұматтар туралы барлық ақпаратты медицина қызметкерлеріне ұсыну;

5) Барлық отбасы мүшелері мен басқада қатынаста болған тұлғалар туралы туберкулезге қарсы қызметтің мамандарына хабарлау;

6) Өз денсаулық жағдайының күрт өзгеруін, шағымын медицина қызметкерлеріне дер кезінде хабарлау;

7) Медицина қызметкерлері мен басқа емделушілердің құқығын құрметтеуге міндетті.

Таныстым:

- Туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау кезінде, дәрі қабылдағанда үзіліс болған жағдайда және есірткі мен алкоголь сияқты заттарды тұтыну нәтижесінде "емнің сәтсіз болуы, кейде дәрінің жанама әсері болуы мүмкін;

- Үнемі емдеу тәртібін бұзған кезде, ауру асқынып кетуі мүмкін, (туберкулездің көп дәріге тұрақтылық түрі қалыптасады) соның салдарынан қажетті дәрі-дәрмек шетелде сонымен қатар Қазақстанда жоқ болғандықтан өлім қаупін тудыруы мүмкін.

- Емдеу тәртібін бұзған немесе емді үзген және емнен ауытқыған жағдайда Қазақстан Республикасының халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау кодексі бойынша мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдануға тағайындалуы мүмкін.

Осы келісімнің барлық тарауларымен келісемін және оны орындауға борыштымын.

Емделушінің қолы _____ күні _____

Медицина мекемесі қызметкерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____

Учаскелік дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____

Информированное согласие больного туберкулезом на лечение

Я, _____

Ф.И.О., (при наличии) год рождения больного (если ребенок, указать родственника или опекуна)

проживающий (ая) по адресу: _____

Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза

1. Больной имеет право:

1) На бесплатную и общедоступную медицинскую помощь в любое время с момента постановки диагноза туберкулеза до завершения полного курса лечения.

2) На медицинскую консультацию и лечение в соответствии с Международными стандартами, включая случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и туберкулезом с сопутствующей инфекцией вируса иммунодефицита человека.

3) На бесплатное обследование и профилактическое лечение туберкулеза детей и других лиц, находившихся с ним в контакте.

4) На уважительное и беспристрастное отношение со стороны всех медицинских работников и администраторов здравоохранения, без ущемления достоинства пациента, с учетом его религиозных верований и культурных ценностей.

5) На своевременное получение полной и ясной информации о состоянии своего здоровья (диагнозе, методах и длительности лечения, возможном исходе и рисках, связанных с лечением).

6) На получение сведений о названиях и дозах противотуберкулезных препаратов, об их действии, возможных побочных реакциях, а также о дополнительных диагностических и лечебных вмешательствах.

2. Больной обязан:

1) Соблюдать назначенный режим лечения. Не допускать перерывов приема лекарств, что будет способствовать защите собственного здоровья и здоровья окружающих.

2) Принимать все противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского персонала.

3) Соблюдать "Правила поведения больного туберкулезом", чтобы не заражать окружающих.

4) Представлять медицинским работникам всю информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

5) Информировать работников противотуберкулезной службы обо всех членах семьи и других лицах, которые могли быть инфицированными в результате контакта.

6) Своевременно сообщать медицинским работникам об ухудшении своего состояния, появлении новых жалоб.

7) Уважать права других пациентов и медицинских работников

Ознакомлен с тем, что:

- при приеме противотуберкулезных препаратов могут иногда возникнуть побочные реакции, и возможен "неблагоприятный исход лечения", который чаще возникает в результате перерывов приема лекарства и других нарушений режима лечения, употребления алкоголя и наркотических средств;

- при постоянных нарушениях режима лечения заболевание становится неизлечимым (формируется лекарственно устойчивая форма туберкулеза) и порой смертельным, от которого лекарств в мире, в том числе и в Казахстане нет;

- в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно применение мер принудительной изоляции согласно Кодексу Республики Казахстан № 193-IV от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения".

Согласен со всеми пунктами данного соглашения и обязуюсь выполнять его.

Подпись пациента _____ дата _____

Ф.И.О. (при наличии) должностного лица медицинской организации _____

Подпись _____ дата _____

Ф.И.О. (при наличии) участкового лечащего врача _____

Подпись _____ дата _____

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық	Код организации по БИН _____				

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Бөлімшеге ауыстырылды (Переведен(а) в отделение) _____

Төсек-күндер өткізілді (Проведено койко-дней) _____

Тасымалдау түрлері (Виды транспортировки): арбамен (на каталке),
о р ы н д ы қ т а _____ (на _____ к р е с л е) ,
өздігінен жүре алады (может идти) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)
А И Т В - ф а _____ т е к с е р у

(Исследование на ВИЧ) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус- тиістілігі (Резус-принадлежность) _____

Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы) (Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты (название препарата, характер побочного действия)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество больного (при его наличии) _____

2. Жынысы (Пол) _____

3. Жасы (Возраст) _____ толық жасы, 1жасқа дейінгі балалар үшін - айы, 1 айға дейінгі балалар үшін-күні (полных лет, для детей: до 1 года-месяцев, до 1 месяца-дней)

4. Ұлты (Национальность) _____

5. ЖСН (ИИН) _____

6. Медициналық тіркеу нөмірі _____

(Регистрационный медицинский номер)

7. ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

8. Тұрғылықты мекенжайы (Постоянное место жительства): қала (город), ауыл (село) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) _____

мекенжайы жазыңыз, сырттан келгендер үшін- облысын, ауданын, елді мекенін, туыстарының мекенжайы мен телефон № көрсетіңіз

(вписать адрес, указав для приезжих – область, район, нас. пункт, адрес родственников и № телефона)

9. Жұмыс орны, кәсібі немесе лауазымы (Место работы, профессия или должность) _____

10. Оқудағылар үшін- оқу орны, балалар үшін-балалар ұйымының, мектептің аты, мүгедектер үшін- түрі мен тобы

(для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения, школы, для инвалидов - род и группа)

11. ОСМ, ОСҚ, интернационалшыл-жауынгер (ИОВ, УОВ, воин – интернационалист) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

12. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании):

сақтандыру полисінің № (страхового полиса) _____

13. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1- қызметкер (служащий), 2- жұмыскер (рабочий), 3- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивид. трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10- басқалар (прочее).

14. Жеңілдік санаты (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1; ҰОСҚ (УВОВ) – 2; интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3; бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4; ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5; сәуле, серін алған адамдар (лица, подвергшиеся радиации) – 6; ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7; әскерге шақырылушы (призывник) – 8; еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочие) – 11.

15. Науқасты кім жіберді (Кем направлен больной) _____

_____ медициналық ұйымының аты
(название медицинской организации)

16. Стационарға шұғыл айғақтары бойынша жеткізілді (Доставлен в стационар по экстренным показаниям): иә (да), жоқ (нет), ауруы басталған соң, зақым алған соң (через) _____ сағаттан кейін (часов после начала заболевания, получения травмы), жоспарлы тәртіппен жатқызылды (госпитализирован в плановом порядке) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), өз бетімен бару (самообращение) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

18. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) _____

19. Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

Қойылған күні (Дата установления) _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись врача) _____

20. Қорытынды клиникалық диагнозы (Диагноз заключительный клинический):

1) негізгі (основной)

2) негізгі ауруының асқынуы (осложнение основного):

3) қосалқы (сопутствующий)

Дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись врача)

21. Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы (Госпитализирован в дан ном г о д у п о п о в о д у данного заболевания): бірінші рет (впервые), қайталап (повторно) (керекті астын с ы з ы ң ы з) (н у ж н о е подчеркнуть), барлығы (всего) ___ рет (раз).

22. Хирургиялық операциялар, ауырсынуды басу әдістері және операциядан кейінгі асқынулар

(Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения):

№	Операцияның аты Название операции	Күні, сағаты Дата, час	Ауырсынуды басу ә д і с і Метод обезболивания	Асқынулар Осложнения)	Операция жасаған (Оперировал

23. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) _____

көрсетіңіз (указать)

24. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі (Отметка о выдаче листка нетрудоспособности)

№ _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін № _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін

№ _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін № _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін

25. Ауру немен аяқталды (Исход заболевания): шығарылды (выписан) – жазылуымен (с выздоровлением), жақсаруымен (с улучшением), өзгеріссіз (без перемен), нашарлаумен (с ухудшением), қайтыс болу (смерть), басқа ұйымға ауыстырылды (переведен в другую организацию)

емдеу ұйымының аты (название медицинской организации)

Handwriting practice lines consisting of solid top and bottom lines with a dashed midline. The page contains 15 sets of these three-line guides, providing a structured space for practicing letter formation and alignment.

Ауру анамнезі:

Анамнез болезни:

Өмір анамнезі:

Анамнез жизни:

иә/да (қандай ауру және қашан ауырды): _____

- Туберкулез/Туберкулез;
- Тері-қан/Кож-Вен.: _____
- Гепатит/Гепатит ____;
- басқа/др.

_____ Диспансерлік есепке алынған/Состоит на диспансерном учете:

- жоқ/нет
- иә/да:

_____ Емдеуге жатқызу/Операциялар/Госпитализации/операции:

- жоқ/не было
- иә/да (соңғыларын көрсетіңіз: жылы, себебі/указать последние: год, причина): _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

_____ Гемотрансфузия жасалған ба?/Проводилась ли гемотрансфузия?

- иә/да
- жоқ/нет; жасалған болса, трансфузиялық реакция болды ма?/если да, была ли трансфузионная реакция:
- жоқ/нет;
- иә/да

Объективтік статусы _____

Клиникалық диагноздың негіздемесі/Обоснование клинического диагноза

Клиникалық диагноз мыналар негізінде қойылған/Клинический диагноз выставлен на основании:

пациенттің шағымдары /жалоб пациента на _____

Ауру сырқатнамасы/анамнеза заболевания: _____

Объективтік мәртебе/объективного статуса: _____

Зертханалық-аспаптық зерттеу деректері/данных лабораторно-инструментальных исследований:

(атау қажет/перечислить) _____

Handwriting practice lines consisting of solid top and bottom lines with a dashed midline. The page contains 15 sets of these three-line guides, providing a structured space for practicing letter formation and alignment.

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

Дәрігерлік тағайындаулар парағы
 ((бюджеттен тыс қаражат есебінен)
 Лист врачебных назначений
 (за счет внебюджетных средств)

Карта _____ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

Тағайындаулар Назначения	Орындаушылар Исполнители	Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы бе. (Отметка о назначении и выполнении)														
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күн Дат	
Режім	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Емдем Диета	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Қолдары Подписи	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

"Предтрансфузиондық эпикриз" медициналық картасы
Медицинская карта "Предтрансфузионный эпикриз"

Пациент _____

_____ медициналық картаның № /№ Медицинской карты _____,
бөлімшесі /отделение _____

Салмағы/Вес _____ кг



Қанның компоненттерін және препараттарын құюға келісім алынған/Согласие на переливание компонентов и препаратов крови получено

Науқастану тарихындағы трансфузиондық анамнез/Трансфузионный анамнез в истории болезни:



трансфузия бұрын өткізілмеген/трансфузий ранее не проводилось



ерекшеліктері жоқ трансфузиондық анамнез /трансфузионный анамнез без особенностей



посттрансфузиондық асқынулар болды, қандай екенін көрсету қажет/имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие _____

Әйелдер үшін акушерлік анамнез /Акушерский анамнез для женщин:



ерекшеліктері жоқ/без особенностей



көп реттік (5 және одан артық) жүктілікте, өлі туу, түсік және іш тастау жағдайларын қоса/многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения, абортів и выкидышей в ранних сроках

Иммуногематологиялық ерекшеліктер/Иммуногематологические особенности :



болған жоқ /не выявлены



антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған/ выявлены варианты формы антигенов или экстраагглютинины



иммундық антиэритроцитарлық қарсы денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету қажет)/выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность, если известно) _____

—



антиэритроцитарлық қарсы денелер зерттелген жоқ/антиэритроцитарные антитела не исследовались

Қанның эритроцитті компоненттері (ҚЭК) үшін Көрсеткіштер/Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК)

ОАК, КЩС от " _____ " _____ 20__ ж/ г. уақыты/ время _____

—

Ересектердің қойылтылған эритроциттердің бір мөлшері гемоглобинді шамамен 10г/л өсіру /Одна доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин примерно на 10 г/л



өткірқаназдық, гемоглобин /острая анемия, гемоглобин _____ г/л



созылмалы теңгерілмеген қаназдық/хроническая некомпенсированная анемия, гемоглобин _____ г/л, емханалық деректер: шамадан тыс әлсіздікке шағым/ клинические данные: жалобы на выраженную слабость, ЧД _____, Ps _____, АД _____



0 қаназдық кезінде O_2 жеткізудің төмендеуі/снижение доставки O_2 при анемии,
Hb _____ г/л, PaO₂ _____ мм сын.бағ /мм рт. ст., PvO₂ _____ мм сын.бағ /мм рт. ст.
Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

СЗП/криопреципитатүшін Көрсеткіштер: Соңғы коагулограмманың деректері
/ПОКАЗАНИЯ для СЗП/криопреципитата: Данные последней коагулограммы:

(коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ВСК
жеткілікті/достаточно одного измененного показателя коагулограммы или ВСК
более 30 минут)

ПТИ _____ %, МНО _____, АЧТВ _____, Фибриноген _____ г/л,
АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі/Толерантность плазмы к гепарину _____
, ВСК _____ мин, _____

Талдау/Анализ от " _____ " _____ 20__ г., время _____



коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы /дефицит факторов
коагуляционного гемостаза



плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы/дефицит плазменных
антикоагулянтов



плазмаалмасу/ плазмообмен

Есептелген мөлшері /Расчетная доза (12-20 мл/кг) _____

КТ үшін Көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны

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

Талдау /Анализ от " _____ " _____ 20__ г., время _____



Тромбоцитопения төмен/менее 20*10⁹/л, геморрагиялық тромбоцитопениялық
синдром/геморрагический тромбоцитопенический синдром



Тромбоцитопения менее $10 \cdot 10^9$ /л төмен геморрагиялық синдромсыз/ без геморрагического синдрома.



Тромбоцитопения төмен/ менее $50 \cdot 10^9$ /л, хирургиялық операция/хирургическая операция.



Тромбоцитопения төмен /менее $100 \cdot 10^9$ /л, нейрохирургиялық операция/ нейрохирургическая операция.



Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром/геморрагический синдром.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

Альбумин үшін Көрсеткіштер/ Показания для альбумина:

Гипопротеинемия/гипоальбуминемия _____ г/л,

талдау /анализ от " ____ " _____ 20 ____ жыл/года. уақыты /время _____

Дәрігердің Тегі, Аты, Әкесінің аты (болған жағдайда), трансфузияға негізделген көрсеткіштер/Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) врача, обосновавшего показания к трансфузии

Дәрігердің қолы /Подпись врача _____ Уақыты /Время _____
_____ күні /дата _____

Трансфузияның көрсеткіштері тексерілгенін растаймын/Показания к трансфузии проверены, подтверждаю

Бөлімше меңгерушісі/Заведующий отделением _____ Қолы/
Подпись _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Жеке іріктелген қан нәтижесі
Результат индивидуального подбора
к р о в и
Жеке іріктеу № _____
Индивидуальный подбор № _____

Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама
Направление на индивидуальный и специальный подбор крови
№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____
жолданған күні (дата направления)
Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)) _____

ЖСН (ИИН) _____
Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____
ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____
Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии) врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МҰ (МО направившая на исследование) _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (обязательное социальное медицинское страхование) , 6 – шарт (договор)
Диагноз (Диагноз) _____

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)
" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.
Қанды жеке іріктеу қажеттілігі неден туындады (Чем вызвана необходимость индивидуального подбора крови) _____

Бұрын қанның трансфузиясы жүргізілді ме (Проводились ли раньше т р а н с ф у з и и к р о в и) _____

(оның күні мен ағымын көрсетіңіз/указать даты и как они протекали) _____

Реципиентте гемолиттік ауруы бар балалар туылды ма (ауыр түрде сары ауру, туа біткен эмбебаб ісік т.б.)
(Рождались ли дети у реципиента с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек, прочее) _____

Сыртартпада неше рет жүкті болды, түсік тастау болды ма (Сколько в анамнезе беременностей, были ли выкидыши) _____

Қажетті трансфузиологиялық органның мөлшері, болжамды трансфузия күні (Количество требуемой трансфузионной среды и

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____
жолданған күні (дата направления)
Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)) _____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____
жынысы (пол) _____
ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

ция _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии) врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Қан тобы, резус-факторы (Группа крови, резусфактор) _____

Бұрынғы антиденелер (олардың өзіндік ерекшеліктері)
Наличие ранее обнаруженных антител (их специфичность) _____

(Подобрана трансфузионная среда)
Мөлшері (в количестве) _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

ориентировочная дата трансфузии _____ дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача) _____ Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения) _____	Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии) врача выполнившего исследование) _____ _____
_____	Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения) _____ _____ (Пробы на индивидуальную совместимость обязательны)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) Осы донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім/бас тарту "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 91-бабының 3, 4-тармақтарына сәйкес құрастырылған.

1. Маған, _____
 (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) пациент өз қолымен жазады)
 денсаулығымның жағдайы және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

1.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін/ бас тартамын*.

1. 3. Осы келісім/бас тарту (керекті астын сызу қажет) келесілерге таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайлары ауруханада жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде _____
 _____ (пациенттің өз қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

1.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

1.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде түбегейлі жауаптар алдым.

1.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

_____ (пациенттің өз қолымен жазылады)

1.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____ (пациенттің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан өміріме қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

- өзгереді,
- өзгермейді*.

1.8. Егер менің шешім қабылдауға жағдайым болмаса (есім болмаса), құю туралы шешімді дәрігерлердің комиссиясы немесе менің заңды өкіл(-дер)ім қабылдайды** _____

_____ (пациенттің өз қолымен жазылады, шешімді кім қабылдады –дәрігерлердің комиссиясы немесе тегін және байланыс телефондарын көрсете отырып заңды өкілі (дері)

Пациенттің қолы: _____

Пациентті ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

2. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса оның заңды өкілі қол қояды.

2.1. Маған, _____ (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

менің баламның/қамқорлығымдағы адамның денсаулығының жағдайы _____

_____ (баланың/қамқорлығындағы адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және туған күні көрсетіледі)

Және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

2.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін (бас тартамын) (керекті астын сызу қажет)*.

2.3. Осы келісім (бас тарту) (керекті астын сызу қажет) келесілерге таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайлары ауруханада жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде _____ (заңды өкілдің өз қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

2.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде түбегейлі жауаптар алдым.

2.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

_____ (заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

2.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____ (заңды өкілдің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан менің баламның/қамқорлығымдағы адамның өміріне қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

Өзгереді,

Өзгермейді*.

Заңды өкілдің қолы және тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

_____ Заңды өкілді ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

3. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса, ал оның заңды өкіл(-дер)і белгілі болмаса немесе қол жетімді болмаса, қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю туралы шешімді құрамында кем дегенде 3 адамнан тұратын дәрігерлердің комиссиясы қабылдайды.

Комиссиялық шешімнің жарамдылық мерзімі 1 тәуліктен артық емес немесе пациенттің заңды өкілі пайда болғанша немесе пациенттің қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю туралы өз бетінше шешім қабылдай алғанша.

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

*Ескерту: пациент (немесе оның заңды өкілі) донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдан бас тартқан жағдайда, қанның компоненттерін құюдан ақпараттандырылған ерікті бас тартуға бөлімшені меңгерушісі қол қояды.

** Ескерту: 1.8-тармақ 1.7-тармаққа оңтайлы жауап болған кезде толтырылады.

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) бланкісі толтырылған күні және уақыты

_____ (пациентті немесе заңды өкілді ақпараттандырған дәрігермен толтырылады)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Информированное добровольное согласие (отказ) на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

Настоящее информированное добровольное согласие/отказ на переливание компонентов _____ и _____ (или) _____ препаратов донорской крови составлено в соответствии с пунктами 3, 4 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"

1. Мне, _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно пациентом)

разъяснены состояние моего здоровья и наличие показаний для переливания компонентов _____ и _____ (или) _____ препаратов донорской крови.

1.2. Настоящим, я даю согласие/отказываюсь (нужное подчеркнуть) на переливание компонентов и (или) препаратов крови*.

1. 3. Данное согласие/отказ (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня

(вписывается _____ собственноручно пациентом, указывается дата планируемого переливания)

1.4. 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.

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

1.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное

(вписывается собственноручно пациентом)

1.7. При отказе от переливания _____

— — — — —
(вписывается собственноручно пациентом, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза _____ моей _____ жизни, _____ мое _____ решение _____ об отказе (нужное подчеркнуть):

- изменяется,
- не изменяется*.

1.8. Если я буду не в состоянии принимать решения (при нарушении сознания _____), _____ решение _____ о _____ проведении _____ переливания принимается комиссией врачей или моим(и) законным(и) представителем(лями) **

(вписывается собственноручно пациентом, кем принято решение – врачебной комиссией _____ или _____ законным(и) представителем(лями) с указанием его(их) фамилии(й) и контактных телефонов)

Подпись пациента: _____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего пациента _____

2. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем ему самостоятельно принимать решения о согласии/отказе на переливание компонентов и (или) препаратов крови, согласие/отказ подписывается его законным представителем.

2.1. Мне, _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно законным представителем)

разъяснены состояние здоровья моего ребенка/ подопечного _____

(указывается Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и дата рождения ребенка/ подопечного)

и наличие показаний для переливания компонентов и (или) препаратов донорской крови.

2.2. Настоящим, я даю согласие (отказываюсь) (нужное подчеркнуть) на переливание компонентов и (или) препаратов крови*.

2.3. Данное согласие (отказ) (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня _____

_____ (вписывается собственноручно законным представителем, указывается дата планируемого переливания)

2.4. 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.

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

2.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное _____

_____ (вписывается собственноручно законным представителем)

2.7. При отказе от переливания

(вписывается собственноручно законным представителем, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза жизни моего ребенка/ подопечного, мое решение об отказе (нужное подчеркнуть):

Изменяется,

Не изменяется*.

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) законного представителя _____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего законного представителя

3. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем ему самостоятельно принимать решения о согласии (отказе) на переливание компонентов и (или) препаратов крови, а его законный(е) представитель(и) неизвестны или недоступны, решение о переливании компонентов крови и (или) препаратов принимается комиссией врачей в составе не менее 3 человек.

Комиссионное решение имеет срок действия не более 1 суток или до появления законного представителя пациента или возможности пациента самостоятельно принимать решение о согласии на переливание компонентов и (или) препаратов крови.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

*Примечание: В случае отказа пациента (или его законного представителя) от переливания компонентов и (или) препаратов

донорской крови, информированный добровольный отказ от переливания компонентов крови визируется подписью заведующим отделением.

** Примечание: Пункт 1.8 заполняется только при положительном ответе пункта 1.7.

Дата и время заполнения бланка информированного добровольного согласия (отказа) на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

_____ (заполняется врачом проинформировавшим пациента или законного представителя)

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы/
Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств
Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)
больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Трансфузияны өткізген күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы) (число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии): басталды (начата) _____ сағат _____ (час) _____ минут (минута) _____, аяқталды (окончена) сағат (час) _____ минут (минута) _____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность больного)

_____ Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия)

_____ Сырқатнама № (№ истории болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) _____, Рs _____, t⁰ _____

Трансфузиялық сыртартпа (Трансфузионный анамнез) _____

Трансфузия көрсетілімдері (Показания к трансфузии) _____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды) _____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора) _____

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі (Номер этикетки трансфузионной среды) _____

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды) _____

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) _____

Үйлесу сыналасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

Қан тобы арқылы (по группе крови) _____

Резус-тиістілігі арқылы (по резус-фактору) _____

Сынап көруді өткізген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (қан тобы және резус) _____

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

- биологиялық сынамаcы арқылы (биологическая проба) _____

Құйылған (Перелито) _____ миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып –

сорғалатып – керекті астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно – нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) врача, проводившего трансфузию)

(қолы) (подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps _____, АҚ (АД) _____, t⁰ _____ (1 сағаттан кейін (через 1 час));

Ps _____, АҚ (АД) _____, t⁰ _____ (2 сағаттан кейін (через 2 часа));

Ps _____, АҚ (АД) _____, t⁰ _____ (3 сағаттан кейін (через 3 часа)).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) медсестры) _____

Қолы; (подпись) _____

Күні, уақыты (дата, время) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының
х а т т а м а с ы /
П р о т о к о л

трансфузии компонентов, препаратов крови
Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)
больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Трансфузия өткізу күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы; число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час) _____ минут (минута) _____,

аяқталды (окончена) сағат (час) _____ минут (минута) _____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и
резус-принадлежность больного)

Трансфузияны өткізген ауырухана бөлімшесі (Отделение больницы, где
проводится трансфузия)

Сырқатнаманың № (№ истории болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) _____, Рs _____, t⁰ _____

Трансфузиондық сырқатнама (Трансфузионный анамнез) _____

Трансфузияға көрсетілімдер (Показания к трансфузии) _____

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps _____, АҚК (АД) _____, t⁰ 1 сағаттан кейін (через 1 час);

Ps _____, АҚК (АД) _____, t⁰ _____ 2 сағаттан кейін (через 2 часа);

Ps _____, АҚК (АД) _____, t⁰ _____ 3 сағаттан кейін (через 3 часа)

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) медсестры) _____

(күні, уақыты; дата, время)

(қолы; подпись)

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Науқастың трансфузиялық парағы /трансфузионный лист больного _____

№

№	Күні Дата	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	Мөлшері, мл Количество , мл	Донордың қан тобы, R h Группа крови, Rh донора	Көрсетілімдер Показания	Заттаңба №, өндіруші № этикетки, производитель	Асқынулар Осложнения	Дәрігердің Т.А.Ә. Ф.И.О. врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы
Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии

Науқас (больной) _____ Күні (дата) _____

Жасы (возраст): _____ Жынысы (пол): _____ ЖСН/ИИН _____

Сырақатнаманың № (Номер истории болезни) _____

Қанның тобы (Группа крови) _____ Қанның резус-факторы (резус-фактор)

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)

Қосалқы (Сопутствующий):

Операциялық әрекет (Оперативное вмешательство):

Препаратты көтере алмауы (Непереносимость препаратов)

ӨЖВ (ИВЛ) Аппарат Эндотрахеальді түтікше (Эндотрахеальная трубка), № Трахеостомиялық түтікше (Трахеостомическая трубка), № Зонд ауыз / мұрын арқылы (через рот / нос) Үрпі катетері (Уретральный катетер)	Т ә у л і к (С у т к и) Контурды ауыстыру (Замена контура) Интубация / ауыстыру / экстубация (Интубация / замена / экстубация) Орнату / ауыстыру / деканюляция (Установка / замена / деканюляция)) Орнату / ауыстыру / алып тастау (Установка / замена / удаление) Орнату / ауыстыру / алып тастау (Установка / замена / удаление)
Уақыт/көрсету	
Эритроциты, млн /мл	
Нв, г/л	
Нt, %	
Лейкоциты, мын/мл (тыс/мл)	
Жалпы ақуыз, г/л (Общий белок, г/л)	
Креатинин, мкмоль/л	
Несепнәр, ммоль/л (Мочевина, ммоль/л)	
Калий, ммоль/л	
Натрий, ммоль/л	
Қант (Сахар), ммоль/л	
ПТИ, %	
Фибриноген, г/л	

Гидробаланс мл	Күндіз (День)	Түн (Ночь)	Барлығы (Всего)
Тамырға енгізу (введено внутривенно)			
Мұрын - асқазандық сүнгі (н/г зонд)			
per os енгізу (введено per os)			
Диурез			
Стул			
Дренаж 1			
Дренаж 2			
Дренаж 3			
Зондтан шығуы (сброс по зонду)			

Қосымша тағайындаулар (Дополнительные назначения):	
Емдәм (Диета)	
	1.2.

Кеңес шақыру (пригласить на консультацию)	(3.4.	
Аспаптармен тексеру (Инструментальные исследования)	ЭКГ (ЭКГ) _____	Рентген сәулесі арқылы суретке түсіру (Рентгенография) _____
	УДЗ (УЗИ) _____	Компьютерлік томография (КТ) _____
	ЭХО КГ _____	КТ _____
Келесі тәулік анализдері (Анализы на следующие сутки)	ҚЖТ (ОАК) ЗЖТ (ОАМ) Плазма электролигі (Электролиты плазмы) Электродиты плазмы) Коагулограмма Креатинин, несепнәр (Креатинин, мочевина) Бауыр анықтағышы (Печеночные пробы)	R W Қанның қанты (Сахар крови)

АРИТБ-нде елесті ауруларды тексеру
 Диагностика делирия в ОАРИТ

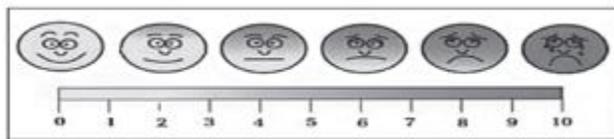


Рисунок 1. Визуально-аналоговая шкала

RASS: Ричмондтық тағатсыздандуды және седацияны бағалау межесіздігі
 Ричмондская шкала оценки ажитации и седатации.

1 Кесте

Таблица 1.

+ Басқыншыл 4 Агрессивен	Науқас басқыншыл, кездейсоқ көрінген психомоторлық қозулар, медицина қызметкердеріне зақым келтіруі мүмкін Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу
+ Тағатсыздандуды білдіру 3 Выражения ажитация	Науқас басқыншыл, катетерлерді, шолғыны, дренажды, түтікті алып тастайды. Пациент агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки
+ Тағатсызданду 2 Ажитация	Максатқа сай келмейтін жиі қозғалыс белсенділігі, ӨЖЖ кезінде респиратормен "күрес" Частая нецеленаправленная двигательная активность, "борьба" с респиратором при проведении ИВЛ
+ Мазасыздық 1 Беспокойство	Науқас мазасыз, кейде корқыныш сезімінде, бірақ басқыншыл, ал қозғалыс белсенділігінде бүлдіргіш бағыт жоқ Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности

Аллергиясы (ия/жоқ) _____

аллергия (да/нет)

Қан құю (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ) _____

переливание крови (да/нет), осложнения(да/нет)

Үнемі дәрі қолдануы (ия/жоқ) _____

постоянный прием лекарств (да/нет)

Зиянды әдеттер: темекі шегу (ия/жоқ), ішімдікті, есірткіні шектен тыс тұтыну (ия/жоқ) _____

вредные привычки: курение (да/нет), алкоголь, наркотики (да/нет)

Объективті статусы: а) дене салмағы _____ кг, бойы _____

см.

Объективный статус: вес рост

Денесі дұрыс қалыптасқан (ия/жоқ) _____

телосложение правильное (да/нет)

Аяқ көктамырының патологиясы (ия/жоқ) _____

патология вен нижних конечностей (да/нет)

Мойны қысқа (ия/жоқ) шея короткая (да/нет)

Ауыз қуысы (ерекшеліктері: ия/жоқ) полость рта (особенности: да/нет) _____

Тері жабындысы _____

кожные покровы

Демалу жүйесі: _____

система дыхания: -бос (ия/жоқ) _____ свободное (да/нет)

Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ 1 минутте, везикулярлы (и я / ж о қ) _____

қорылы хрипы (ия/жоқ) (да/нет) _____

Қанайналымы жүйесі: (Системы кровообращения) тамыр соғуы (пульс в мин) _____ 1 _____ м и н .

екпіні, ырғақтығы (ритмичный) (ия/жоқ) (да, нет) _____

АҚҚ (АД) _____ мм рт.ст., жүрек дыбысы (таза: ия/жоқ) _____

ЦВД _____ мм вод. ст. _____ тоны сердца (чистые: да/нет)

ж) ішперде қуысыорганы: іші (жұмсақ: ия/жоқ; кебуі: ия/жоқ) _____

органы брюшной полости: живот (мягкий: да/нет, вздут: да/нет)

з) нервтік-психикалық статусы (ерекшеліктері: ия/жоқ) _____

нервно-психический статус (особенности: да/нет)

Зертханалық мәліметері: Қан тобы (группа крови) _____, қанның
резус - ф а к т о р ы _____ (резус - ф а к т о р)

Лабораторные данные: RW (диагностика сифилиса в латентной форме) _____
_____ ; Hb _____ (гемоглобин)
_____ ; RBC (эритроциты) _____ ; Ht (гематокрит) _____ ; PLT (тромбоциты) _____
_____ ; к а н т _____ (глюкоза)
_____ ; жалпы ақуыз (общий белок) _____ ; зәрі (мочевина) _____ ;
к р е а т и н и н _____ (креатинин)
_____ ; К _____ ; Na _____ ; жалпы билирубин (общий
билирубин) _____ ; ПТИ _____ ,
фибриноген _____ г/л.

ЭКГ _____

Кеуденің рентгенографиясы (Рентгенография грудной клетки) _____

Қорытынды (Заключение): 1) Анестезиялық килігудің түрін болжамдау (предполагаемый вид анестезии)

2) Тұлғалық статусы ASA (физический статус по ASA) – (ASA I, ASA II, ASA III, ASA IV, ASA V)

3) Рябов бойынша жансыздандыру қаупі (анестезиологический риск по Рябову): I, IIА, IIБ, IIIА, IIIБ, IV

Тағайындудар

(Назначения): _____

Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись анестезиолога

Науқастың анестезияға келісім беру: Анестезиялық көмекке пациенттің ерікті ақпараттандырылған алған емделушінің келісімі ("Азаматтардың денсаулығын қорғау туралы" ҚР заңының 11-20 бабы). Маған берілген мағлұматтың нақтылығын растаймын және анестезия көмегімен жасалатын операцияға өз еркімен беріп, осы құжатқа қолымды қоямын. Анестезияда мүмкін болатын нұсқалар маған түсіндірілді. Анестезия әдісін тандауды анестезиолог дәрігермен

бірге жасадым. Асқынудың мүмкіндігі туралы мағлұмат алдым және операцияны анестезиямен қамтамасыз етуін жасауына қажет инвазивті манипуляцияға келісімді беремін, сондай-ақ операцияда және анестезияда, негізгі аурудың асқинуларын емдегенде туындайтын қажет манипуляцияға келісімді беремін.

Согласие пациента на анестезию: Добровольное информированное согласие пациента на анестезиологическое пособие (Ст.11-20 Закона от 7 июля 2006 года " Об охране здоровья граждан"). Подписывая данный документ, я подтверждаю достоверность представленной мной информации и даю добровольное согласие на проведение анестезиологического обеспечения операции. Мне разъяснены возможные варианты анестезии. Выбор метода анестезии осуществлен мною совместно с анестезиологом. Я информирован(а) о возможности осложнений и даю согласие на проведение инвазивных манипуляций, необходимых для проведения анестезиологического обеспечения операции, а также манипуляций, необходимость в которых могут возникнуть при лечении осложнений основного заболевания.

Науқастың қолы (қамқоршы) _____ Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись больного (опекуна) _____ Подпись анестезиолога _____

Ұсыныстар (рекомендации):

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Науқасты операциядан кейін бақылау картасы

Карта послеоперационного наблюдения пациента

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Стационарлық науқастың медициналық картасының № _____

Жынысы (Пол) _____

(Номер карты стационарного больного)

Түскен күні (Дата поступления) _____

Түскен уақыты (Время поступления) _____ Профилі (Профиль) _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Ауыстырылған уақыты (Время перевода) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Операциясы (Операция) _____

Анестезияның түрі (Вид анестезии) _____

Респираторлық жәрдем көрсету (Проведение респираторной поддержки)

Респиратор:

МТК (МОД), л/мин _____ ТК (ДО), мл _____

ПДКВ _____

Түтікті алып тастау (Экстубация) _____

Науқастың жағдайы тұрақталды, профильді бөлімшеге емделу үшін ауыстырылады

(Состояние пациента стабилизировалось, для дальнейшего лечения пациент переводится в профильное отделение)

Ауыстыру кезіндегі науқастың жағдайы (Состояние пациента на момент перевода):

Ауыстыру кезіндегі көрсеткіштері (Показатели на момент перевода):

ҚА (АД), мм рт. ст. _____ ЖЖЖ, екпіні/мин. (ЧСС, ударов/мин) _____

T., град. C _____ ТАЖ (ЧДД), мин⁻¹. _____

Қосымша енгізілді (Дополнительно вводилось):

Бақылау уақытында (За время наблюдения):

Инфузия, мл _____

Диурез, мл: _____

Дәрігер (Врач): _____

_____ (қолы; подпись) _____ (күні, уақыты; дата, время)

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. . (при его наличии))

медсестры _____

_____ (күні, уақыты; дата, время)

_____ (қолы; подпись)

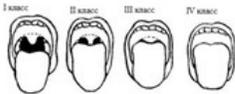
Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Анестезия картасы Карта анестезии

		30 0	0 30 0	0 30 0	0 30 0 №
	УАҚЫТ (ВРЕМЯ)				

<p>Премедикация 1) Науқастың сәйкестендіру (Идентификация пациента) 2) Гемотрансфузиялық дайын (Гемотрансфузионная готовность) 3) Операция 4) Мониторинг 5) Анестезия аппараты (Наркозный аппарат) 6) Науқастың келісімі (Согласие пациента) 7) Тыныс алу жолдары (Дыхательные пути): Ларингоскопия (Ларингоскопия) - Оңалту (Санация) Жалпы анестезия (Общая анестезия) Индукция Маска к/т (в/в) б/е (в/м) Жылдам индукциясы (Быстрая индукция) 1) Аймақтық анестезиядан көшу (Переход с региональной анестезии) 2) Тек маска (только маска) 3) Ларингеальдық</p>	<p>Дәрі - Газдар (Газы дәрмектер () Венаға (Медикаменты Внутривенно))</p>		<table border="1"> <tr><td>O2/ / N2O / AIR</td></tr> <tr><td>Изофлюран</td></tr> <tr><td>Севофлюран</td></tr> <tr><td>Пропофол</td></tr> <tr><td>Брюзепам / Реланиум</td></tr> <tr><td>Листенон/ Ардуан / Рокуроний</td></tr> <tr><td>Фентанил</td></tr> <tr><td>Атропин</td></tr> <tr><td>Димедрол</td></tr> <tr><td>Кетамин</td></tr> <tr><td>Тиопен</td></tr> <tr><td>Лидокаин</td></tr> <tr><td>Адреналин</td></tr> <tr><td>Дофамин</td></tr> <tr><td>Антибиотики</td></tr> <tr><td>Бупикаин/ Ропивакаин</td></tr> <tr><td>Гепарин</td></tr> <tr><td>Этамзилат</td></tr> <tr><td>Преднизолон</td></tr> <tr><td>Ондансетрон</td></tr> </table>	O2/ / N2O / AIR	Изофлюран	Севофлюран	Пропофол	Брюзепам / Реланиум	Листенон/ Ардуан / Рокуроний	Фентанил	Атропин	Димедрол	Кетамин	Тиопен	Лидокаин	Адреналин	Дофамин	Антибиотики	Бупикаин/ Ропивакаин	Гепарин	Этамзилат	Преднизолон	Ондансетрон
O2/ / N2O / AIR																							
Изофлюран																							
Севофлюран																							
Пропофол																							
Брюзепам / Реланиум																							
Листенон/ Ардуан / Рокуроний																							
Фентанил																							
Атропин																							
Димедрол																							
Кетамин																							
Тиопен																							
Лидокаин																							
Адреналин																							
Дофамин																							
Антибиотики																							
Бупикаин/ Ропивакаин																							
Гепарин																							
Этамзилат																							
Преднизолон																							
Ондансетрон																							

маска ()
 ларингеальная маска
) 4) Интубациялык
 тутікпен ()
 интубированный) 5)
 Трахеостомия

Маллампаатимен багалуу (Оценка по Маллампаати): 			Еригилдер (Растворы) Белгип шыгу (Отделяемое)	КМА, мл Рингера лактат, мл Физ. раствор, мл Коллоиды (мл) Кровь (мл) СЭП (мл) Тромбоциты (мл) Кривоцепитат (мл) Глюкоза (мл) Диурез (мл) Насогастральный зонд Кровопотеря (мл)					Зертханалык мәліметтері (Лабораторные данные) Пара метры Уақыт Время			
Эндотрахеальная трубка ауыз (рот) мүрын (нос) трахея								pH PaCO ₂ PaO ₂ HCO ₃ В.Е. Sat FiO ₂ АСТ Нст. Lactat Glu Urea Na+ k+ Ca++ HB RWC PLT ПТИ МНО Фибр и ноген				
				Всего								
				Уақыт (Время)	30	0	30	0	30	0	30	0
					+	0			Баланс	0		
Қос (Двойной) Сол (Левый) Люмен Он (Правый)	Раз мер	Манжет Ие (ДА) Жок (НЕТ)		Гемодинамикасы	210							
Интубация Женіл (Легкая) (Грудная) Мұрын арқылы		Қыны Бронхоскоп			200							
					190							
					180							
					170							
				160								
				150								

№	о п е р а ц и я н ы ң	х а т т а м а с ы
(Протокол операции №)		
Негізгі, қосымша (керегін сызыңыз) (Основная, дополнительная (нужное отметить))		
Бөлімше (Отделение)		

Стационарлық	науқас	картасының	№
(Карта стационарного больного №)			
Операция басталды	(күн,	уақыт):	"__" ____.20 __ ж. (г.) __: __
(Дата и время начала операции)			__
Операция аяқталды	(күн,	уақыт):	"__" ____.20 __ ж. (г.) __: __
(Дата и время окончания операции)			__
Хирург:			
Ассистент:			
Ассистент:			
Анестезиолог:			
Операциялық мейіргер (операционная сестра):			
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда): (Фамилия, имя, отчество больного (при наличии))			
Туған күні,	айы,	жылы,	жасы:
(Дата рождения, возраст)			
Операцияға дейінгі	диагноз:		
(Диагноз до операции)			
Операциядан кейінгі	диагноз:		
(Диагноз после операции)			
Ауырсынуды басу: (Обезболивание)			

Операцияның атауы (Название операции):

Операцияны сипаттау (Описание операции)

Қан жоғалту (Кровопотеря):	
Асқинулар (Осложнения):	
Препаратты сипаттау (аластанған ағза, ағза бөлігі) (Описание препарата (удаленного органа, части органа))	Үлгілер зерттеуге жіберілді иә/жоқ (керекті астын сызыңыз) Образцы отправлены на исследование да/ нет (нужное подчеркнуть)
Операцияның аяқталуы (Исход операции):	
20 жылғы (г.) "___" _____	
____.	_____:

Хаттаманы жазу күні, уақыты (Дата, время написания протокола)	-----
	Операция жасаған хирургтің қолы (подпись оперировавшего хирурга)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Инвазивтік емшара хаттамасы

Протокол инвазивной процедуры

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии))
ЖСН/ИИН _____
Науқастың туған күні (Дата рождения больного)
Медициналық картасының № (№ мед. карты):
Емшара жасау күні мен уақыты (Дата и время проведения процедуры):
Емшараға дейінгі д/з (Д/з до процедуры):
Емшарадан кейінгі д/з (Д/з после процедуры):
Емшараның атауы (Название процедуры):
Емшараның хаттамасы (Протокол процедуры): Анестезия түрі, операцияның ағыны, олжа, пайдаланылған материал, операция кезіндегі асқинулар (егер болмаса, "операция кезінде асқинулар болған жоқ" деп көрсету қажет), консультанттардың операцияға қатысуы және басқа. Вид анестезии, течение операции, находки, использованный материал, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции не было"), участие консультантов во время операции и др.
Қан жоғалту көлемі (Объем кровопотери): _____ (егер болмаса, көрсету қажет)(если не было, необходимо указать)
Хирург (операция жасайтын) (оперирующий): Тегі, аты-жөні (болған жағдайда) (Фамилия, (при его наличии) инициалы)
Ассистент: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Анестезиолог: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Опер. сестра: Тегі, аты-жөні(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при его наличии)
Емшарадан кейінгі бақылау және емделу жоспары (План наблюдения и лечения после процедуры): одан әрі дәрігердің, мейіргердің және басқалардың әрекетін көрсетіңіз (указать дальнейшие врачебные, сестринские и др. действия)
Хаттаманы жазу күні, уақыты, қолтаңба (Дата, время написания протокола, подпись)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы
 операция кезеңінің картасы
 Карта операционного периода
 при проведении сердечно-сосудистых операций
 Қан тобы (Группа крови) _____

20 _____ жыл (год) " _____ " _____

Ұюы (Свертываемость) _____

Қан ағу ұзақтығы (Длительность кровотечения) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) _____

Сырақнаманың № (История болезни №) _____ Шұғыл (экстренный) ия,
жоқ (да, нет) _____

Протротромб индексі (Индекс протротромбиновый) _____

Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Салмағы (Вес) _____

Бойы (Рост) _____ Тістері (Зубы) _____

Тромбоциттер (Тромбоциты) _____

Операцияға дейінгі диагнозы (Диагноз до операции)	Болжанған операция (Предполагаемая операция)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Науқастың операция алдындағы жағдайы

Состояние больного перед операцией

Артериялық қысымы (Артериальное давление) _____ Веналық қысымы (Венозное давление) _____

Тамыр соғуы (Пульс) _____

Жүрек (Сердце) _____

ЭКГ _____

Рентген _____

Қан (Кровь): Гемоглобин _____ Эритроциттер (Эритроциты) _____

Лейкоциттер (Лейкоциты) _____ ЭШЖ (СОЭ) _____

Өкпе (Легкие) _____ О₂ тұтыну (Потребление О₂) _____

Оң жақ өкпеқап (Плевра справа) _____ сол жақ (слева) _____

Ентігудің пайда болуы (Одышка возникает при) _____

Негізгі заталмасу (Основной обмен) _____ Қандағы билирубин (Билирубин крови) _____

Қандағы қант (Сахар крови) _____

Бауыр (Печень) _____ Несеп (Мочевина) _____

Қалдық азот (Остаточный азот) _____ Белок _____

Бүйректер (Почки) _____ Несеп талдауы (Анализ мочи) _____

Диурез _____ Гормондық терапия (Гормональная терапия)

Аллергия _____ Бұрынғы наркоздар (Предыдущие наркозы)

Толықтыру (Дополнение) _____

Бітелуге, ЖҚ-на төзу мүмкіндігі (Возможная переносимость окклюзии, ИК) _____

Операция мен анестезия қаупі (Риск операции и анестезии) _____

Ауырсынуды басу түрлеріне айғақтармен қарсы айғақтар
Показания и противопоказания к виду обезболивания

Н а р к о з ғ а д а я р л а у

Подготовка к наркозу

Операция қарсаңындағы кеште

Накануне вечером

Операция күні таңертең

Утром в день операции

Қан шығыны Наркоз тереңдігі (Глубина наркоза (Электроэнцефалография))	(Кровопотеря) (Электроэнцефалография)								
Интубация (Техника	техникасы интубации)	Операция (Этап операции)		этапы					
Емдеу (Лечебные мероприятия)	іс-шаралары	Қан (Переливание в мл)	құю	мл.	к р о в и				

Қорытынды диагноз (Окончательный диагноз) _____

Жасалған операция (Произведенная операция) _____

Ауырсынуды басу (Обезболивание) _____

Анестезиологтар (Т.А.Ә. (болған жағдайда)) (Анестезиологи (Ф.И.О. (при наличии))) _____

Хирургтар (Т.А.Ә. (болған жағдайда)) (Хирурги (Ф.И.О. (при наличии))) _____

Наркоз аппаратының типі (Тип наркозного аппарата) _____

Операция үстеліндегі орналасуы (Положение на операционном столе) _____

Операция кезінде науқастың функцияларын басқару
(Управление функциями больного по ходу операции)

Тыныс алуды басқару (Управление дыханием) _____

Бұлшық ет релаксанттарының шығыны (Расход мышечных релаксантов) _____

Жасанды қанайналым (Искусственное кровообращение) _____

Басқарулы гипотония: әдісі (Управляемая гипотония: метод) _____

Гипотермия _____

Наркоз бен операция кезіндегі асқинулар – емдеу іс-шаралары
Осложнения по ходу наркоза и операции – лечебные мероприятия
Интубацияға әрекеттену саны (Число попыток интубации) _____

Венесекция, катетерлеу (Венесекция, катетеризация) _____

Бұлшық ет жыпылықтауы (Фибрилляция до) _____

_____ дейін

Тоқтауы (Остановка) _____

АҚ төмендеуі (Снижение АД до) _____ дейін, на _____
мин.

Шок _____

Қан шығыны (Кровопотеря) _____ Қан құю (Переливание
крови) _____

Басқа сұйықтар бітелуге дейін, ЖҚ (др. жидкостей до окклюзии, ИК) _____

кейін (после) _____ Қайталу (Возврат) _____ Жеңілдету (Разгрузка) _____

Диурез _____

Операция кезінде арнайы әдістер көмегімен бақылау
Наблюдение с помощью специальных методов по ходу операции

ЭКГ _____

гемодинамика _____

Электроэнцефалограмма _____

Белсенді салқындату қарқыны (Темп охлаждения активного) _____

селқос (пассивного) _____

ЖҚ, бітелудің ұзақтығы (Длительность окклюзии, ИК) _____

Қатар ЖҚ (Параллельного ИК) _____

Қалпына келу кезеңі (Восстановительный период) _____

Белсенді жылыту тәсілі мен қарқыны (Темп и способ активного согревания) _____

Анестезиологтың ескертуі

Замечания анестезиолога

Анестезиологтың қолы (Подпись анестезиолога) _____

Анестезист мейіргер (Медсестра анестезистка) _____

Наркотиктер (Наркотики): _____

Кардиоплегия: құрамы (Кардиоплегия: состав) _____

Тәсілі (Способ) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Патологоанатомиялық зерттеу
хаттамасы (картасы)

№ _____

Протокол (карта)

патологоанатомического исследования

20 ___ жылғы (года) " ___ " _____ күні

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы (Адрес организации,
составившего протокол):

Республика (облыс, өлке) (Республика (область, край)) _____

Аудан (қала) (Район (город)) _____

Аурухана (больница) _____ Бөлімше (отделение) _____

Науқас картасының (Карта больного) № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его
наличии) : _____

2. Жынысы Е. Ә. (Пол М. Ж.) _____ 3. Туған күні (Дата рождения): _____

4. ЭАОЖ коды (Код КАТО)

5. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства): _____

6. Кәсібі (зейнетке дейін) (Профессия (до пенсии)):

7. Ауруханаға әкелінді (Доставлен в больницу): _____

с а ғ а т т а н (к ү н н е н)
кейін сырқаты басталғаннан соң (часов (дней) после начала заболевания)

8. Өткізілген (Проведено) _____ төсек-күн (койко - дней)

9. Қайтыс болған күні (Дата смерти): _____

_____ жылы, айы, күні, сағаты (год, мес, число, час)

10. Мәйітті ашу күні мен уақыты (Дата и время вскрытия): _____

_____ жылы, күні, айы (год, мес., число, час)

11. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач): _____

12. Мәйітті ашуға қатысқандар (Присутствовали на вскрытии): _____

Кодтар (Коды):

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации): _____

14. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

15. Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні (К л и н и ч е с к и е диагнозы в стационаре и даты их установления): _____

16. Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні (Заключительный
к л и н и ч е с к и й
диагноз и дата его установления)

Негізгі ауру (Основное заболевание): _____

Негізгі аурудың асқынуы (Осложнение основного заболевания) _____

Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания): _____

Қайтыс болу себебі (Причина смерти): _____

17. Клиникалық –зертханалық зерттеулер нәтижелері (Результаты
клинико-лабораторных
исследований): _____

18. Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынуы, қосалқы аурулары
)
(Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения,
сопутствующие _____ заболевания)):

19. Клиникалық диагностикалау қателері (керекті астын сызыңыз, жазыңыз) (
О ш и б к и
клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать))

Негізгі ауруы бойынша диагноздың айырмашылықтары (Расхождение
д и а г н о з о в _____ п о _____ о с н о в н о м у
заболеванию)

Кеш диагностикалау (Запоздалая диагностика)
негізгі ауруының (основного заболевания) _____

асқынулары бойынша (по осложнениям) _____

қайтыс болуға әкелген асқынуының (смертельного осложнения) _____

қосалқы аурулары бойынша (по сопутствующим заболеваниям) _____

Диагноз айырмашылықтарының себептері

Причины расхождения диагнозов

Диагностикадағы объективті қиындықтар Объективная трудность диагностики	Аз уақыт болуы Кратковременное пребывания	Науқастың толық қаралмауы Недообследование больного	Қарау деректерін асыра бағалау Переоценка данных обследования	Аурудың сиректігі Редкость заболевания	Диагнозының дұрыс ресімделмеуі Неправильное оформление диагноза
--	--	--	--	---	--

20. Қайтыс болу себептері (Причина смерти) № _____ қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте мынадай жазбалар жасалған (во врачебном свидетельстве о смерти № _____ сделана следующая запись)

Кодтар (Коды) _____

1.

1) _____

2)

3)

П. _____

_____ беттегі хаттама бөлімі қоса берілген

(Протокольная часть на ___ страницах прилагается)

Патологоанатомның тегі:

(Фамилия патологоанатома) _____

қолы (подпись)

Бөлім меңгерушісі:

(Заведующий отделением) _____

қолы (подпись)

Патологоанатомиялық зерттеудің нәтижелері

(Результаты патологоанатомического исследования)

Дене мүшелері	салмағы
Вес органов	

Патологиялық зерттеуге тілімдер алынды (Взято кусочков для патологического исследования) :

Блоктар дайындалды (Изготовлено блоков): _____

Басқа зерттеу әдістеріне материал алынды (Взят материал для других методов исследования) :

Бір данада толтырылады. Сызбалар мен фотосуреттер қоса беріледі (Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются) _____

Гистологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты гистологического исследования):

Қосымша _____ парак
(Приложение на ___ листах)

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша) (Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько)) _____

Конференцияда талқылану күні (Дата обсуждения на конференции) _____

Патологоанатомның тегі _____

(Ф.И.О. (при наличии) патологоанатома) қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Бүйрек трансплантаты бар науқастың картасы
Карта больного с почечным трансплантатом

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Диагноз _____

Диализдер саны (Количество диализов) _____

Операция күні (Дата операции) _____

Жылы ишемия кезеңі (Период тепловой ишемии) _____

Консервация түрі (Вид консервации) _____

Қол ишемия кезеңі (Период ручной ишемии) _____

Алдыңғы антиденелер % (% предшествующих антител) _____

Қан тобы (Группа крови) реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

НІА реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

Иммуносупрессия түрі (Вид иммуносупрессии) _____

О/к диализ (саны) (П/о диализ (число)) _____

О/к асқынулар, олардың түрі (послеоперационные осложнения, их вид) _____

Трасплантаттың алыну себебі (Причина удаления трансплантата) _____

Трансплантат қойылған адамның қайтыс болу себебі (Причина смерти
больного

Странсплантатом) _____

Шығарылған күні (Дата выписки) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Мейіргерлік күту ауруханасының стационарлық науқасының
медициналық картасы
Медицинская карта
стационарного больного больницы сестринского ухода

№ _____

Түскен күні (Дата поступления) " " _____ 20__ жылғы (года)

Түскен уақыты (Время поступления) _____ сағат (часов) _____ минут

Шыққан күні (Дата выписки) " " _____ 20__ жылғы (года)

Шыққан уақыты (Время выписки) _____ сағат (часов) _____ минут

Өткізген төсек-күндері (Проведено койко дней): _____

Тасымалдау түрі: зембілмен, қол арбамен, өз аяғымен (керекті астын сызыңыз
) (В и д ы
транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (нужное подчеркнуть))

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность)

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Науқас (Больной) _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), фамилия, имя, отчество (при его
наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес): облыс (область) _____ аудан (район) _____

елді мекен (населенный пункт) _____

көшесі (улица) _____ үй (дом) _____ корпус _____

пәтер (квартира) _____ телефон _____

Жұмыс орны, кәсібі, лауазымы (Место работы, профессия, должность) _____

Қамсыздандыру полисінің (страхового полиса) № _____

Қамсыздандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании) _____

Мекенжайы бойынша медициналық ұйым (Медицинская организация по месту жительства)

Науқасты кім жолдады (Кем направлен больной) _____

Негізгі сырқаты (Основное заболевание) _____

Бәсекелес сырқаты (Конкурирующее заболевание) _____

Негізгі сырқатының асқынуы (Осложнения основного заболевания) _____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

Аллергиялық серпілістері (Аллергические реакции на):
дәрілерге (лекарства) _____

тамақөнімдеріне (пищевые продукты) _____

басқа (другое) _____

Ерекше белгілер (Особые отметки) _____

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ (Ф.И.О.) (при наличии)

1 . Ж а л п ы ж а ғ д а й ы

Общее состояние

Дене құрылыс типі: астениялық, гиперстениялық, нормастениялық (Тип телосложения:

астенический, гиперстенический, нормостенический) _____

Бойы (Рост) _____ см.

Дене салмағы: қалыпты, артық, төмендеген (Масса тела (вес): нормальная, избыточная, пониженная) _____ кг.

Дене температурасы (Температура тела) _____

Жалпы күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Общее положение: активное, пассивное, вынужденное) _____

Төсектегі күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное) _____

Мәжбүрлік қалыпқа келуі: отырғанда, жатқанда, бір жамбастап жатқанда және тағы басқа (Принятие вынужденного положения: сидя, лежа, на боку и так далее) _____

Тері қабаты мен көрнекі жылбысқы қабықтары: түсі, созылғыштығы, ылғалдылығы, бөртпелер, тыртықтар (Кожные покровы и видимые слизистые: окраска, эластичность, влажность, высыпания, рубцы) _____

Әлеуметтік статусы: (Социальный статус) _____

Баспана - тұрмыс шарттары (Жилищно-бытовые условия) _____

Отбасы жағдайы (Семейное положение) _____

Араласу ортасы (Круг общения) _____

Материалдық қамтылуы (Материальная обеспеченность) _____

Еңбекпен қамтылуы (Трудообеспеченность) _____

Демалуы, демалысы, мүдделері (Досуг, отдых, интересы) _____

Әлеуметтік демеу (Социальная поддержка) _____

Зерделік сұраныстары (Интеллектуальные запросы) _____

Психозмоциялық статусы (Психозмоциональный статус): _____

Санасының күйі (Состояние сознания) _____

Сыртқы түрі, мінез - құлық нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі,
қ о р ш а ғ а н о р т а н ы
қабылдауының адекваттығы, зердесі (Внешний вид, нравственные нормы
п о в е д е н и я ,
самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память) _____

ауруханада болуына реакциясы (реакция на пребывание в больнице) _____

Өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы: жеке қауіпсіздігін бақылауы,
қы с ы л т а я ң ж а ғ д а й л а р д а н
бой тартуы немесе оларды шешуі, дене жылуын сақтауы, кеңістік пен уақытта
б а ғ д а р ұ с т а у ы
(Самоконтроль жизнеобеспечения: контроль личной безопасности, избегание и
р а з р е ш е н и е
критических ситуаций, поддержание температуры тела, ориентация в
п р о с т р а н с т в е и в р е м е н и)

Еңбекке қабілеттілігі: осы сырқатқа байланысты сақталған, төмендеген,
у а қ ы т ш а ж о ғ а л т қ а н ,
мүлде жоғалтқан, басқа себептер (Трудоспособность: сохранена, снижена,
в р е м е н н о у т р а ч е н а ,
стойко утрачена в связи с данным заболеванием, другие причины) _____

Орындайтын жұмысы: мүдделілігі, өнімділігі, қарқыны (Выполняемая работа:
интерес,
продуктивность, темп) _____

Ұйқысы мен демалуы: жеткілікті, жеткіліксіз, ұйықтататын заттарды
қ а б ы л д а у ы (С о н и о т д ы х :
достаточно, недостаточно, прием снотворных средств) _____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

Зиянды әдеттері (Вредные привычки) _____

Ішімдіктер пайдалануы (Употребление алкоголя) _____

Өндірістік зияндылықтар (Производственные вредности) _____

Босанулар, жүктіліктер, аборттар, асқынулар саны (Число родов, беременностей, аборттов, осложнений) _____

Секстік қанағаттануы (Сексуальная удовлетворенность) _____

Сөйлеуінің бұзылуы (Расстройства разговорной речи) _____

Естуінің бұзылуы (Расстройства слуха) _____

Көруінің бұзылуы (Расстройства зрения) _____

Тыныс алуы: мұрын арқылы, ауыз арқылы, трахеостома арқылы, еркін, а у ы р л а ғ а н (Д ы х а н и е : через нос, через рот, через трахеостому, свободное, затрудненное) _____

Тыныс алу жиілігі, тереңдігі, ырғағы; тыныс алу типі: кеудемен, ішімен, а р а л а с (Ч а с т о т а , глубина, ритм дыхания, тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный) _____

Тыныс алуының бұзылулары: еңтігу, жөтел, қан түкіру, кеуде клеткасындағы а у ы р с ы н у л а р

(Нарушение дыхания: одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке) _____

Жөтел: құрғақ, ылғалды, қақырықпен, қан аралас (Кашель: сухой, влажный, с мокротой, с примесью крови)

Оттегіне мұқтаждығы: орталықтандыралған, оттегі жастығымен (Потребность в кислороде: централизованная, в кислородной подушке) _____

Қан айналу жүйесі: еңтігу, булығы, жүрек қағуы, жүрек маңының ауырсынуы (Система кровообращения: одышка, удушье, сердцебиение, боль в области сердца) _____

Артериялық қан қысымы: жұмыстық, жоғарылаған, төмендеген (Артериальное давление: рабочее, повышенное, пониженное) _____

----- мм с.б
(мм рт.ст.)

Тамыр соғуы: ырғағы, жиілігі, кернеуі, толуы (Пульс: ритм, частота, напряжение, наполнение)

Тәбеті: мөлшерлі, жоғарылаған, төмендеген (Аппетит: умеренный, повышенный, пониженный)

Тілі: құрғақ, ылғалды, жағындымен - ақ, сары (Язык: сухой, влажный, с налетом - белым, желтым)

Тіс протездерінің болуы (Наличие зубных протезов) _____

Күнделікті рационы мен тамақтану режимі: диета шектеулі, кеңейтілген (Повседневный рацион и режим питания: ограничения, расширение диеты) _____

Тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при приеме пищи: полная, частичная, нет) _____

Тамақтануының бұзылу себептері: дәм сезбеуі, аузынан шірік иісі шығуы, кекіру, өңеш қыжылдауы, құсуы, жүрек айнуы, ауырсынуы, басқалар (Причины расстройства приема пищи: потеря вкуса, гнилостный запах изо рта, отрыжка, изжога, срыгивание, тошнота, рвота, боли, другое)

Бауыр мен өт шығару жолдары (Печень и желчевыводящие пути) _____

Диабет қосарлануы: қантты, қантсыз, жоқ (Сопутствует ли диабет: сахарный, несладкий, нет)

Ішек: жел толуы, іш қатуы, іш өтуі (Кишечник: метеоризм, запоры, поносы) _

Диета сақтау туралы кеңес (Совет по поводу соблюдения диеты) _____

Несеп шығару жүйесінің жағдайы (Состояние мочевыделительной системы) _

Сұйықтықтар тұтыну мөлшері: шектеулі, шектеусіз, жеткілікті, жеткіліксіз (Количество потребления жидкости: ограничено, не ограничено, достаточно, недостаточно) _

_____мл.

Су балансы: тұтынған көлем/шыққан көлем (Водный баланс: потребленное количество/выделенное количество) __мл.

Ісінулер болуы (Наличие отеков) _____

2. Физиологиялық жеңілденулері

Физиологические отправления

Физиологиялық жеңілденулерінің барысында: дискомфорт, ауырсынуы,
б а с қ а л а р
(Физиологические отправления сопровождаются: дискомфортом, болями, другое) _____

Қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря) _____

Несеп сипаты: қанықтығы, түсі, иісі, қан, ылайлық болуы (Характер мочи: концентрация, цвет, запах, наличие мути, кровь) _____

Дизуриялық бұзылулар: ишурия, поллакиурия, странгурия (Дизурические расстройства: ишурия, поллакиурия, странгурия) _____

Кіші дәреті: өздігінен, еркінен тыс, қуықты катетерлеу көмегімен (М о ч е и с п у с к а н и е :
самостоятельное, произвольное, при помощи катетеризации мочевого пузыря)

Зәр айдатқы заттарды қабылдауы (Применение мочегонных средств) _____

Цистостома болуы (Наличие цистостомы) _____

Кіші дәрет алуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, ж а р ы м - ж а р т ы л а й , ж о қ
(Зависимость от посторонней помощи при мочеиспускании: полная, частичная, н е т)

Ішектің өздігінен босауының тәуелділік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного опорожнения кишечника)

Нәжіс сипаты: консистенциясы, түсі, қан, жылбысқы болуы (Характер кала: консистенция, цвет, наличие слизи, крови)

Іш катуы, өтуі (Запоры, поносы) _____

Іш босатуы: өздігінен, еркінен тыс, тазалау клизмасы көмегімен (Дефекация:
с а м о с т о я т е л ь н а я ,
непроизвольная, при помощи очистительной клизмы) _____

Ішті жүргізетін заттарды қабылдауы (Применение слабительных средств) _____

Колостома болуы (Наличие колостомы) _____

Іш босатуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық,
жарым-жартылай, _____ жоқ _____ (Зависимость
от посторонней помощи при дефекации: полная, частичная, нет) _____

Басқа бұзылулар (Другие расстройства) _____

3. Қозғалу белсенділігі

Двигательная активность

Тірек-қозғалыс аппаратының жағдайы (Состояние опорно-двигательного
а п п а р а т а) _____

Қозғалу белсенділігі: физкультура және спортпен айналасуы, таза ауада
болуы, тұрмыстағы
қозғалыстары (Двигательная активность: занятия физкультурой и спортом,
пребывание на
свежем воздухе, движения в быту) _____

Бұлшық ет тонусы: қанағаттанарлық, жоғарылаған, төмендеген (Мышечный
тонус:
удовлетворительный, повышенный, пониженный) _____

Буындар жағдайы: конфигурациясы, деформация, ісінушілік, қызаруы,
ауырсынуы (Состояние
суставов: конфигурация, деформация, припухлость, покраснение, болезненность)

Буындар қозғалғыштығының дәрежесі: толық, шектелген, қозғалыс болмауы (анкилоз)
(Степень
подвижности суставов: полная, ограниченная, отсутствие подвижности (анкилоз))

Тұрмыста, қозғалғанда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық,
жарым-жартылай, жоқ (Зависимость
от посторонней помощи при движении, в быту: полная, частичная, нет) _____

Жеке бас гигиенасы ережелерін сақтауда басқалардың көмегіне тәуелділігі:
т о л ы қ , ж а р ы м - ж а р т ы л а й ,
жоқ (Зависимость от посторонней помощи при соблюдении правил личной
г и г и е н ы : п о л н а я ,
частичная, нет) _____

Ауыз қуысын күтуі (Уход за полостью рта) _____

Көзін, құлағын күтуі (Уход за глазами, ушами) _____

Тері қабатын, шаштарын күтуі (Уход за кожей, волосами) _____

Тұрмыста, қозғалу кезінде көмекші құралдарды пайдалануы: арба, балдақ,
т а я қ , о р т о п е д и я л ы қ
аяқ киім және т.б. (Использование вспомогательных приспособлений при
д в и ж е н и и , в б ы т у :
коляска, костыли, трость, ортопедическая обувь и т.д.) _____

Ойық жаралар пайда болу қаупі (Norton шкаласы бойынша) (Риск
образования пролежней (по шкале Norton)

Ойық жаралар пайда болу себептері: қозғалысы шектелуі, қозғалысы
ж о қ т ы ғ ы (П р и ч и н ы
образования пролежней: ограничение подвижности, отсутствие подвижности) _____

Қозғалу белсенділігі төмендеу, болмау кездерінде пайда болуы мүмкін
асқынулар: ойық жаралар,
педикулез, тоқырау пневмониясы және тағы басқа. (Возможные осложнения при
снижении,
отсутствии двигательной активности: пролежни, педикулез, застойная пневмония
и так далее)

Мейіргер ұйғарымы

Сестринское заключение

1. _____

2. _____

3. _____

Жұмыс жоспары

План работы

Дәрігер тағайындалымдарының орындалуы (Выполнение врачебных
назначений) _____

Дәрі тарату және оны қабылдауын бақылау (Раздача лекарств и контроль их
приема) _____

Күні Дата	Мейіргерлік күтім сипаты Характер сестринского ухода	Мейіргерлік күтім мақсаты Цель сестринского ухода	Орындалу әдісі Способ исполнения	Орындалуы Исполнение	Орындалу нәтижесінің бағасы Оценка результата исполнения
1	2	3	4	5	6

Мейіргердің қолы (Подпись медсестры) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного форма

Пациенттің	Т. А. Ә (болған	жағдайда)
/Ф.И.О.(при его наличии) пациента: _____		
Туған күні	20 ж.	" _____ " _____ /
Дата рождения " _____ " _____ 20 ____ года		

Рет бағалау парағы/РЕТ оценочный лист

Өткізу күні/Дата проведения: 20 ж. " _____ " _____ / " _____ " _____
20__ г.

СНМК № /№ МКСБ _____

Салмағы/Вес: _____ Бойы/ Рост: _____ Жасы/Возраст: _____

BSA (m²): _____ BW(L): _____

Түнгі құю/Ночной залив: ерітінді/ р-р _____ Бөгеліс уақыты/
Время задержки: _____

Құю көлемі/ Объем залива: _____ Құйылыс көлемі/Объем слива: _____

РЕТ құю: ерітінді/ р-р _____ Құюды бастау/Начало залива: _____
_____ құюды аяқтау/окончание залива: _____

Құю көлемі/Объем залива: _____ Құйылыс көлемі/ Объем слива: _____

_____ Ультрасүзгілеу/Ультрафильтрация: _____

Құйылыс ұзақтығы/Длительность слива: _____

Қан/ Кровь	Креатинин/Креатинин мкмоль/л)	(Несепнәр/Мочевина ммоль/л)	(Глюкоза/Глюкоза ммоль/л)	(Фосфор/Фосфор ммоль/л)
0 минут				
1 2 0 минут				

240 минут				
-----------	--	--	--	--

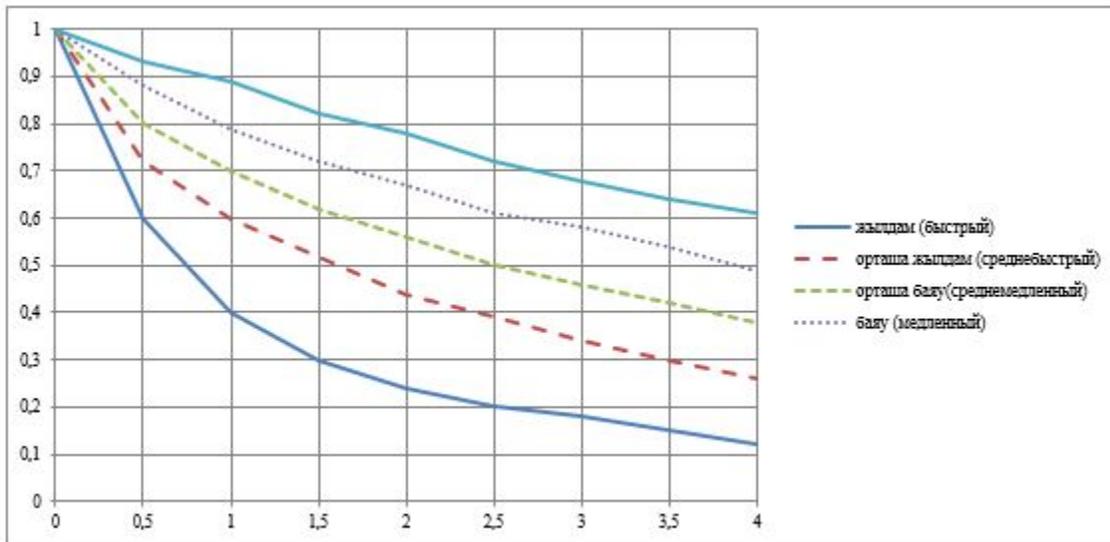
Диализат	Креатинин/Креатинин (мкмоль/л)	Несепнәр/Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза/Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор/Фосфор (ммоль/л)
түнгі/ночной				
жаңа/свежий				
0 минут				
30 минут				
60 минут				
120 минут				
180 минут				
240 минут				

Қан/Кровь	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)		
2 сағаттық қан/Кровь 2х часовая					
Диализат	Креатинин /	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)	D/P	D/D ₀
0 сағаттық диализат/Диализат 0 часовой			0 сағаттық/0 часовой		
2 сағаттық диализат/Диализат двухчасовой			2 сағаттық/двухчасовой		
4 сағаттық диализат/Диализат четырехчасовой			4 сағаттық/четырёхчасовой		

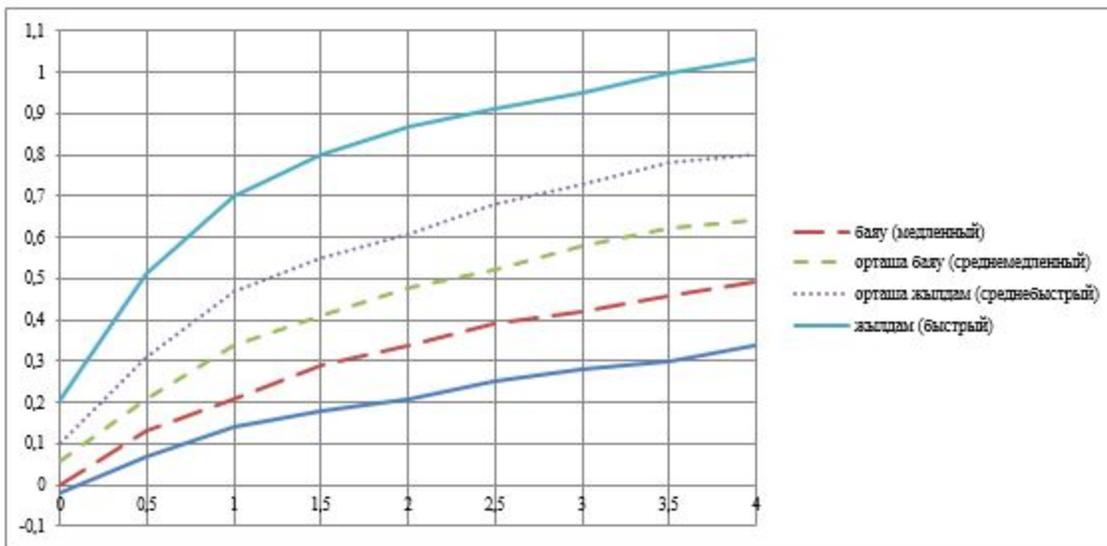
Түзету факторы (ТФ) ТФ/ФК=креатининнің жаңа ерітіндісі/креатинин свеж р-р+глюкозаның жаңа ерітіндісі/глюкоза с в е ж р - р Т Ф / Ф К = Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин) 2 сағаттық қан/ кровь 2х часовая Креатинин/Креатинин* (-) Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	D/P Dialysate/Plasma Ratios 0 сағаттық D/P/ D/P на 0 часов Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата, 0 сағаттық/0 часов Қанның коррегирленген креатинині/ Скоррегированный креатинин крови 2 сағаттық D/P/D/P на 2 часа Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата, 2 сағаттық/2 часов Қанның коррегирленген креатинині/ Скоррегированный креатинин крови 4 сағаттық D/P/D/P на 4 часа Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата, 4 сағаттық/4
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин= Диализат 0 сағаттық креатинин/0 часовой Креатинин* (-) Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	

Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин= 2 сағаттық креатинин/2хчасовой Креатинин* (-)	часов Қанның коррегирленген креатинині/Скоррегированный креатинин крови D / D ₀ Глюкоза 2 сағаттық/Глюкоза 2хчасов = Глюкоза 0 сағаттық/Глюкоза 0 часов
Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	Глюкоза 4 сағаттық/Глюкоза 4хчасов = Глюкоза 0 сағаттық/Глюкоза 0 часов
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин= 4 сағаттық креатинин/4хчасовой Креатинин* (-)	
Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	

Креатинин/Креатинин* - өлшенген креатинин/измеренный креатинин
 Конверциялау факторы/Фактор конвертации: Глюкоза/Глюкоза: мг/дл=ммоль /л x 18, Креатинин/Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88
 Несепнәр/Мочевина: мг/дл=ммоль/л x 2,82
Глюкозаның D/D₀
D/D₀ Глюкоза



D/P коррегирленген креатинин/D/P скоррегированный креатинин



Көліктік санат/Транспортная категория	4 сағаттық креатининнің D/P/ четырёхчасовой D/P креатинина	Глюкозаның 4 сағаттық D/D ₀ / четырёхчасовой D/D ₀ глюкозы
Жылдам/Быстрый	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Жылдамдығы орташа/ Среднебыстрый	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Жылдамдығы орташа баяу/ Среднемедленный	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48
Баяу/медленный	0,34 – 0,49	0,49 – 0,61

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) врача: _____

Қолы/Подпись: _____ Күні/Дата: 20__ ж. "___" ___
 /"___" "_____ 20__ ж.

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте стационарного больного

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) пациента:

Туған күні/Дата рождения ___ ж. "___" ___ / "___" "_____ г.

Перитонеалдық диализдің адекваттығын бағалау парағы/
 Оценочный лист адекватности перитонеального диализа

Жасы/Возраст _____ Жынысы/Пол _____ Бойы/Рост _____ см. Салмағы/
 Вес _____ кг _____ г BSA _____ м² eTBW _____ л.

ҚАН/КРОВЬ

--	--	--	--

Несепнәр/Мочевина ммоль/л	Креатинин/Креатинин мкмоль/л	Глюкоза/Глюкоза ммоль /л	Альбумин/Альбумин г /л

24 сағаттық несеп және диализат/Двадцатичетырехчасовая моча и диализат

	Несепнәр/Мочевина Ммоль/л	Креатинин/Креатинин Мкмоль/л	Vol in ml	Vol out ml	Net vol ml
диализат/ДИАЛИЗАТ					
несеп/МОЧА					

ПД-бағдарлама/ПД-программа: _____

Нәтижелер/Результаты:

modality	CCl Total Norm L/week/ 1.73m ²	Total KT/ V	Fluid removal L	eGFR ml/ min	Albumin g/dl	nPCR g/kg/ day	BSA m ²	eTBW L	Transport type	4-hr CRT D/P	Age

Urea Clearance _____ L/week Cr Clearance _____ L/
week

Residual Urea Clearance _____ L/week Residual CrCl _____ L/
week

Dialysate Urea Clearance _____ L/week Dialysate CrCl _____ L/
week

Urea Generation Rate _____ mg/min Cr Generation Rate _____ mg/
min

Normalized CrCl _____ L/week/1.73m²

Өткізу күні/Дата проведения: 20 ____ ж. " ____ " ____ / " ____ " ____
20 ____ г.

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии): _____

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің*
Қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
В к л а д н о й л и с т
учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

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

Р / с № п/п	№	Күні Дата	Зерттеу Вид исследования	түрі	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті д о з а (м З в) Эффективно эквивалентная за одно исследование (м З в)

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога) _____

қолы (подпись)

*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады (Лист клеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

З о н а л ь д ы қ р е о г р а ф и я

Зональная реография

20__ жылғы (года) " ____ " _____

Сықатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

—
Диагнозы _____

Ж е л д е т у :

Вентиляция:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қ а н ж ү р у і :

Кровоток:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қ о р ы т ы н д ы :

Заключение:

Дәрігер (Врач) _____

_____ Т . А . Ә . (б о л ғ а н ж а ғ д а й д а)
(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық
емдеуге (керекті
астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі
Информированное согласие пациента
на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное
подчеркнуть)

Пациент: _____

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу)/Ф.И.О. (при наличии) пациента – полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ (туған күні, айы, жылы) (число, месяц, год рождения)

Келісім беремін (Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/ қамқорыма (керекті астын сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (нужное подчеркнуть): тексеріліп-қарауға (обследования в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации) амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации) стационарлық емдеуге (стационарного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к

другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

_____ (медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар)(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (балладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары, аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время

инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (баллада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

(Есть аллергия на): _____ аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режімді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін (а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығыма қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін (Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсаулық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка,

родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Ф.И.О.(при наличии) лица, Родство/отношение к пациенту) к которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	Телефон

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӘ (ДА) /ЖОҚ (НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними)

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.)
Уақыты (Время): ____с.(час) ____мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (Ф.И.О.): _____ Туыстық жақындығы (Степень родства): _____

Дәрігер (Врач): _____ / ____/201 ж. (г.) ____с. (час) ____мин.

Тегі (фамилия) қолы (подпись) мерзімі (дата) уақыты (время)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

АПД картасы/ Карта АПД	Пациенттің Т.А.Ә./Ф.И.О. пациента: _____
	Туған күні/Дата рождения 20 ____ ж/ " ____ " ____ / " ____ " ____ г
СНМК № /№ МКСБ _____ Диагноз/Диагноз: _____	
Айы/Месяц: _____ 20 ____ жыл/20 ____ год	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
1,36%	5,0 л

	Күні	Емшараның атауы	Саны	Ұзақтығы	Мөлшері
	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка
Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (керекті астын сызыңыз)					
Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (нужное подчеркнуть)					

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (керегін астын сызыңыз) (Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (нужное подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные)) _____

Эпикриз: _____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердің қолы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки

Тағайындалымдар (Назначения): _____

Дәрігер (Врач): _____

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): _____

Гониометр деректері (Данные гониометра): _____

№ _____ нысанға жапсырма парақ (Вкладной лист к форме № _____

_____))

Тірек-қозғалыс аппараты бұзылған науқастың картасы

(Карта больного с нарушением опорно-двигательного аппарата)

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл)
за курс _____

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение) _____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазманы сүзгілеу
картасы
К а р т а
п л а з м о ф и л ь т р а ц и и

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№ _____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол) _____,
Салмағы (вес) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы: _____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия):

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____ мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено):

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

ОВҚ (ЦВД) _____; АҚК (АД) _____; ЖЖС(ЧСС) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Не істелді (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейіргер (Операционная медсестра) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі)
к а р т а с ы
к а р т а
(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) "_____" _____ күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО)) курсына көрсетім бар (С целью иммуннокоррекции, рекоррекции,

детоксикации показан курс УФОК (ЛОК)) қан нөмірі (крови номер) _____
 . Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на проведение операции получено)

Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) _____
 _____ минуты (секунды)

Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):

Қуаты (Мощность) _____ Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови):
 қуаты (мощность) 8 Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы:
 Протокол операции фотомодификации крови:

Күні (Дата), №									
Г е п а р и н д е у Гепаринизация									
О п е р а ц и я н ы ң Начало операции	б а с т а л у ы								
О п е р а ц и я н ы ң Конец операции	а я қ т а л у ы								
Т а м ы р ғ а Сосудистый доступ	ж е т у								
Аппарат									
Н а у қ а с т ы ң Состояние больного	ж а ғ д а й ы								
АҚҚ (АД)									
Тамыр соғысы (Пульс)									
Асқынулары (Осложнения)									

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально) :

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____
 Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын
е с е п т е у

к а р т а с ы
К а р т а

учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты ((болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при
наличии) _____

Сықатнама № (№ истории болезни) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ бастап (по) _____

20_ жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) _____

Асқыну (Осложнение) _____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын
қ а б ы л д а ғ а н е м і ж ә н е о н ы ң
тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования,
принятое ранее лечение и его эффективность)

Дәрігер (Врач) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур
гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация,
наблюдающая больного _____

01. ЖСН/ИНН _____

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |____|
|____|

03. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____
_____ әкесінің аты/отчество _____

04. Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____ (кк/аа/жжжж)/(дд/
мм/гггг) 05. Жынысы/Пол:

ер/мужской;

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

қызметші/служащий;

жұмысшы/рабочий;

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер/пенсионер;

оқушы/учащийся;

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятое индивидуальным трудом;

дін қызметкері/служитель культа;

жұмыссыз/безработный;

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/почтовый индекс _____, обл. _____, аудан/р-он _____, елді мекен/населенный пункт _____, көше/улица _____, үй/дом № _____, пәтер/кв. № _____, тел. _____

09. Тұрғын/Житель:

қалалық/города;

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

ҰОСҚ/УВОВ;

ҰОСМ/ИВОВ;

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

жоқ/нет;

I топ/гр.;

II топ/гр.;

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз

_____ 10-
АХЖ шифры/шифр МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/
число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения
гемодиализом в данном учреждении:

күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения
лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____
_____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения
гемодиализом:

трансплантация жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в другое отделение
гемодиализа;

көшу/выезд;

қайтыс болу/смерть

өзге/прочее

01.

Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

_____ Әкесінің аты/отчество(болған жағдайда/при наличии) _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: _____ / _____ / _____ кк/ аа/ жжжж (дд
/ мм / гтгг)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) _____:

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) _____:

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низкопоточный, высокопоточный

Көлемі/размер _____ м², өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

ОУФ (ИУФ);

УФ

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

А-V фистула;

протез;

катетер (уақытша, тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

гепарин;

клексан;

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____ БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

жалпы (общая);

мөлшерлі (дозированная);

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____ мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы/Скорость потока диализата _____ мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.) ГД тиімді уақыты/Эффективное время ГД _____ сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

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

	Г Д дейін (До ГД)	1 сағат (час)	2 сағат (час)	3 сағат (час)	4 сағат (час)	ГД кейін/после ГД
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Өлшем бірлігі (Ед. из.)	Саны (Количество)

16. Техникалық асқынулар/Технические осложнения

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) лечащего врача:

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) медсестры ГД:

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

ГБО сеанстарын есепке алу картасы
 карта учета сеансов ГБО
 Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) _____

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) _____

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ершелектері) (Эпикриз (эффективность, исход, особенности ГБО))

Асқынулар (Осложнения) _____

02 улану (02 Интоксикация) _____

Дәрігер (Врач) _____

Меңгеруші (Заведующий) _____

Сеанс №	№	сеанса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Күні Дата														
Режим														
ГБО сеансының ұзақтығы														
Длительность сеанса ГБО														
Науқастың жағдайы														
Состояние больного														
АҚ АД														
РЗ ЧД														
Тамыр соғу жиілігі														
Частота пульса														

Стационарлық науқастың
мединалық картасының қосымша

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның
к а р т а с ы
К а р т а

экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____
_____ мл

Гепариндеу (Гепаринизация) _____; НЭХО (NaClO) _____

_____ температурада криопреципитаттау (криопреципитация
при температуре)

20__ жылдан (года) " ____ " _____ бастап (с), 20__ жылға (года) " ____ " _____
дейін (по).

20__ жылғы (года) " ____ " _____ ерітілді (разморожена),
с у п е р н а т а н т п р е ц и п и т а т т а н

стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы перфузияланды (

с у п е р н а т а н т с т е р и л ь н о

отделен от преципитата, перфузирован через колонку с гемосорбентом) _____

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (

О б ь е м п л а з м ы б о л ь н о г о

после плазмосорбции для реинфузии) _____

—

Асқынулар (Осложнения) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл, АҚ көлемі (объем ЦК) _____ мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

М. О . (болған жағдайда)

М.П. (при наличии)

Операциялық мейірбике (Операционная медсестра) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы

Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Эхокардиографиялық тексеру

К а р т а с ы

К а р т а

эхокардиографического обследования

20__ жылғы (года) " ____ " _____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____ Дене аумағы (Поверхность тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) _____

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек. Размер полости в диастолу)

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый ж е л у д о ч е к . К о н е ч н о диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) _____

Диастола көлемі (Диастолический объем) _____

Систола көлемі (Систолический объем) _____ Соғу көлемі (Ударный объем) _____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) _____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастоле) _____

Систола кезіндегі (В систоле) _____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка) _____

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка) _____

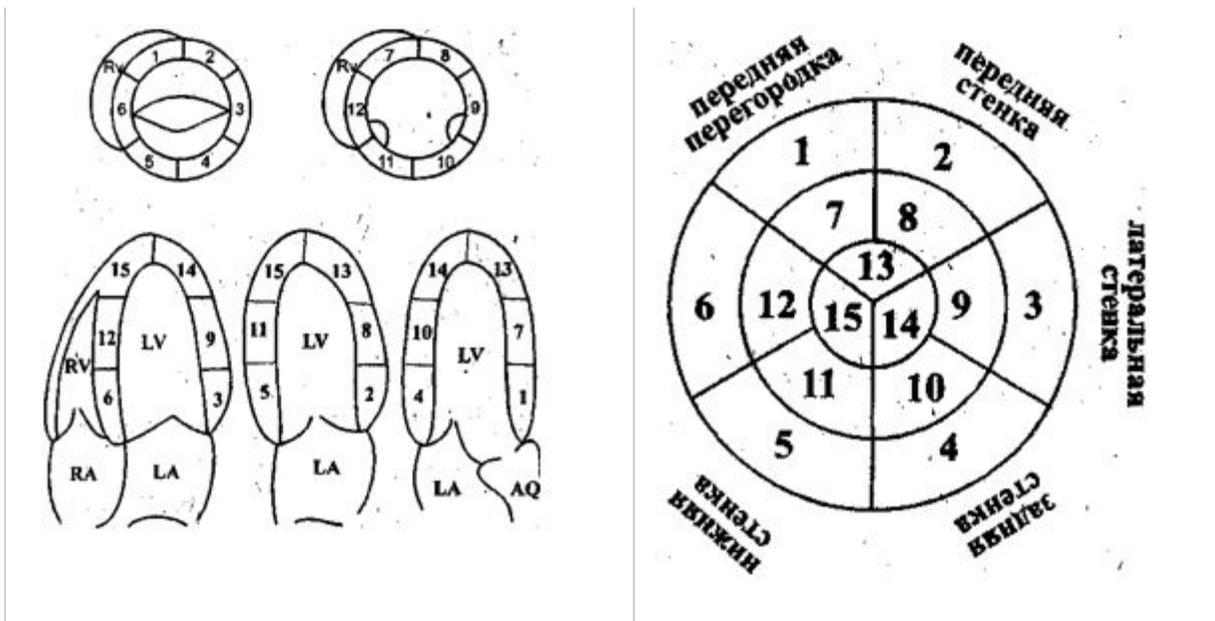
Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота) _____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы)

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):

1) Базалық алдыңғы-қалқалық (Базальный передне-перегородочный)	9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық (Средний передне - боковой)
2) Базалық алдыңғы (Базальный передний)	10) Ортаңғы артқы - қапталдық (Средний задне - боковой)
3) Базалық алдыңғы-қапталдық (Базальный передне-боковой)	11) Ортаңғы артқы (Средний задний)
4) Базалық артқы -қапталдық (Базальный задне-боковой)	12) Ортаңғы артқы - қалқалық (Средний задне - перегородочный)
5) Артқы базалық (Базальный задний)	13) Алдыңғы - ұштық (Передне - верхушечный)
6) Базалық артқы-қалқалық (Базальный задне-перегородочный)	14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой)
7) Ортаңғы алдыңғы-қалқалық (Средний передне-перегородочный)	15) Ұшттық артқа (Верхушечный задний)
8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)	16) Қалқалық -ұшттық (Перегородочно - верхушечный)

--	--



Қорытынды (Заключение) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

* Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижняя стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование предстательной железы

№ _____

20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері

Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое нужно подчеркнуть):

- түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),
- түйіндер (узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),
 - түйіндер (узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),
- Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),
- Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)
- Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы) тегіс (ровная) / тегіс емес(бугристая)
 - Қуық безінің жоғарғы шекаралары саусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца) қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

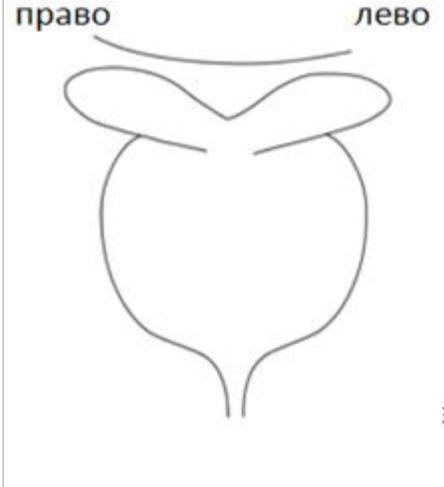
Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да) / Жоқ (Нет)

Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет)

Түзіліс окшауланған орын: (Локализация образования): _____

Күдікті (Сомнительное): _____

Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее)
 Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____ г
 Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследования): _____
 Ескертулер (Замечания): _____



Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)

Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә./ (болған жағдайда) Ф.И.О.(при наличии) _____	Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері	Қалыптылығы	Рауаны тербелістер шегі	Іс жүзіндегі деректер
Туған күні (Дата рождения) _____	Наименование фаз и показателей гемодинамики	Размерность (секунды)	Пределы допустимых колебаний	Фактические данные
Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____	R - R	сек.		
Бөлімше (Отделение) _____	АС	"-"	0,04 – 0,07	
Сықатнама № (№ истории болезни) _____	ИС	"-"	0,02 – 0,05	
Зерттеу күні (Дата исследования) _____	ПН	"-"	0,06 – 0,11	
Диагнозы _____	ПИ	"-"	0,21 – 0,30	
	So	"-"	0,29 – 0,35	
	Sm	"-"	0,23 – 0,34	
	КБ	"-"	2,5 – 4,5	
	ВСП	%	85-94	
	ИНМ	%	20-29	
	VI	мм сын.бағ./сек. (мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
	Ve	мл /сек.	200 - 500	
Қорытынды (Заключение): _____	ВИМО	сек.		

_____	_____	15-21	_____
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте стационарного больного

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы

Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____

Туған күні _____ жасы _____ жынысы _____

(Дата рождения)

(возраст)

(пол)

ЖСН/ИИН _____

Зерттелген күні _____ бөлімшесі _____

(Дата исследования)

(отделение)

Сықатнама № _____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қан қысымы (Артериальное давление)	Ескертпе (Примечание)
Қалыпты жағдайы (В покое)			
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			

20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС x Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

_____ (Нагрузка прекращена в связи)

Қалпына келу кезеңі _____

_____ (Период восстановления)

Қорытынды _____

_____ (Заключение)

Дәрігер(Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования грудных желез

№ _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

ЖСН/ИИН _____ Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)). Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____ ----- Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гландулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гландулярная)) _____ ----- Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) ----- ----- Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) ----- ----- Ошактық пайда болулар (Очаговые образования) ----- ----- ----- Қорытынды (Заключение): _____ ----- ----- Қолы (Подпись) _____	Он жақ сүт безі (Правая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)) Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____ ----- Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гландулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гландулярная)) _____ ----- Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) ----- ----- Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) ----- ----- Ошактық пайда болулар (Очаговые образования) ----- ----- -----
---	--

медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Телемедициналық консультация өткізу
Х а т т а м а с ы
П р о т о к о л
проведения телемедицинской консультации

№ _____

20__ жылғы (года) " ____ " _____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН (фамилия, имя, отчество пациента, ИИН)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН _____

медициналық картасының № (№ медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи
направления на телемедицинскую консультацию) _____

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің
маамандығы/Ф.И.О. (при наличии),
специальность врача подавшего заявку) _____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация
врача подавшего заявку)

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет (Код услуги)	код	Қызметтің атауы (Наименование услуги)

1	2
---	---

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация в р а ч а - к о н с у л ь т а н т а)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/Ф.И.О. (при наличии), специальность врача-консультанта)

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки) _____

Бас тарту себептері (Причина отказа) _____

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской консультации) _____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта)

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беремной (при наличии) _____

жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің І-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20 __ жыл (год) " ____ "

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (керекті астын сызыңыз)
(Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует, не соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _____ 1 минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

Қуық (Мочевой пузырь) _____

Омыртқа (Позвоночник) _____

Аяқ-қолдары (Конечности) _____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол кабырғалары, түбі, ішкі аңқа жанында (керекті астын сызыңыз)

(Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

Ұйғарым (Заключение): _____

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии) _____
_____ қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20 __ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді (исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии) _____

_____ жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя) _____ күн
(день)

Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар (керекті астын
сызыңыз)

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное
подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі _____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы
Мандай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі _____ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота
Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

_____ Боковые желудочки мозга Мозжечок

Үлкен цистерна _____

Көз шарасы _____

Большая цистерна

Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____

Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін

Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____

Асқазан _____

Носогубной треугольник

Желудок

Омыртқа _____

Қуық _____

Позвоночник

Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____

Өт қабы _____

4-камерный срез сердца

Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде ____ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы (керекті астын сызыңыз).

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на ____ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, ____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген (керекті астын сызыңыз)

Толщина плаценты: ____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес (керекті астын сызыңыз)

Структура плаценты _____. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (керекті астын сызыңыз)

(Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ сантиметров

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____
сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады (керекті астын сызыңыз)

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (керекті астын сызыңыз)

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заключение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ қолы _____

Ф.И.О. врача (при наличии)

подпись

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

ӨаЭФЗ -өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу Хаттамасы

П р о т о к о л

ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования

№ _____

Күні (Дата) " ____ " _____ 20__ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Дене салмағы (Масса тела) _____

кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая) _____

_____ В,
қалыпты (рабочая) _____ в, эл-дтің қойылу тереңдігі (глубина установки эл-да) _____ см.

	Қалыпты , мс Норма, мс	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады	
			атропин мг.	атропин мг + обзидан мг
Ж Ж Ж 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
Ж О Ц ССЦ, мс				
1. Синус торабының функциясы Функция синусового узла ВВФСУ, мс	до 1400			
С Т Ф Қ К Т У КВВФСУ, мс	до 525			
2. Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				
В-А, мс				

Тахикардия "Окно" тахикардии	"терезесі"				
Тоқтату Купирующая ЧпЭС	ӨаЭС				

4.ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту	ӨаЭС ЧпЭС	АҚҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание
			Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема		
				мг/с	мг/с		мг/с
100						
110						
120						
130						
140						
150						
160						

5.Асқынулар (Осложнения):

Қорытынды (Заключение): _____

Нұсқаулар (Рекомендации): _____

Дәрігер (Врач): _____ ҚОЛЫ (ПОДПИСЬ) _____

Стационарлық наукастың
мединалық картасының
косымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Реография

20__ жылғы (года) “__” _____

Сықатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (
а м б у л а т о р н о й к а р т ы)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

QREL _____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____ RR _____

Баяу Е (Е медл) _____ ИНМ _____

Е макс. _____ Ag|Fd _____

Шығарылу Е (Е изгн). _____ УО _____

_____ Рg
_____ МОК

Заклучение:

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Спирография*

20__ жыл " _____ " _____

Амбулаториялық картаның № /№ _____ амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) /Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ) _____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік
п р е п а р а т т а р

(Принятые пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования) _

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование беременной

№ _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жағдайы (Положение) _____

Алдында жатқан (Предлежит) _____

Позициясы (Позиция) _____ БПР _____

_____ мм _____ апта (недель)

Кеудесі (Грудь) _____ мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости) _____

_____ мм.

Саны (Бедро) _____ мм

_____ апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг) _____

Жүрегі (Сердце) _____

Бауыры (Печень) _____

Іш қуысы (Брюшная полость) _____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода _____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода) _____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты) _____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на) _____ см. ая
(л о н о) , і ш к і а ң қ а
деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____
_____ см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты) _____

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод) _____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации): _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Стационарлық наукастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Ультрадыбыстық тексеру
(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)
Ультразвуковое исследование
(матки, шейки матки, яичника)

№ _____ 20__ жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении
о т к л о н е н а) :

артқа, алдыға, оңға, солға (кзади, кпереди, вправо, влево) _____

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие,
нечеткие, ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина) _____ мм, алғы-арқы (передне - задний) _____ мм ,

көлденеңі (ширина) _____ мм

Жатырдың құрылымы (Структура матки) _____

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не
деформирована) _____

М-эхо _____ мм. Етеккір циклының күні (День менструального
цикла) _____

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген,
к ү ш е й г е н (с р е д н е е ,
снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм,
а л ғ ы - а р т қ ы
(передне-задний) _____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм
Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____
_ _ мм , қ ұ р ы л ы м ы
(структура) _____

—

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____
_ _ мм , қ ұ р ы л ы м ы
(структура) _____

—

Ерекшеліктері (Особенности) _____

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись)

: _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
Қуықты ультрадыбыстық зертеу

№ _____

20__ жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный _____

Зертеу деректері

Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Орналасуы (Положение) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки) _____ см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер, зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және оның ағыны)
у л ь т р а д ы б ы с т ы қ з е р т т е у
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№ _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ (Жынысы) Пол _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

Бауырдың контуры (Контур печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные протоки) _____

Қақпақша тамыр (Портальная вена) _____

2. Өтқалтасы (Желчный пузырь) _____

Пішіні (Форма) _____ Өлшемдері (Размеры) _____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря) _____

Қаптың қуысында (В полости пузыря) _____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток) _____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки) __ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела) __ (N 0,6 – 1,6), құйрығы (хвост) __ (N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контурсы железа) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток) _____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена) _____

Оның диаметрі (Ее диаметр) _____

4. Көкбауыр (Селезенка) _____

Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки) _____ (N 40 ш.см. артық емес (не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контурсы (Контур селезенки) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

5. Бүйректер (Почки) _____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник) _____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны (Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары (Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ)
) _____

Қорытынды

(Заключение): _____

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)

Өлшемдері (Размеры) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоехогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоехогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоехогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоехогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись) _____

Стационарлық наукастың
мединалық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование щитовидной железы

№ _____ 20__ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____ Пол (Жынысы) _____
Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у д е р е к т е р і

Данные исследования

Контурлары (Контуры) _____

Серпімділігі (Эластичность) _____

Пішіні (Форма) _____ Мойнақ (Перешеек) _____

Оң жақ бөлігі (Правая доля) _____

Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедрa					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2. Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

	АГП	Көтеру уақыты	
		оң правый	С о л Левый
		оң правый	С о л левый
Балтырдың Н/з голени	т / з		
Балтырдың В/з голени	ж / з		
С а н н ы ң Ср/з бедра	о / з		
Б і л е к т і ң Н/з предплечья	т / з		
Б і л е к т і ң В/з предплечья	ж / з		
И ы қ т ы ң Ср/з плеча	о / з		

3. Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при наличии)

ЖСН/ИИН _____

Ұлты (Национальность) _____ Туған күні (Дата рождения) _

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____

АКҚ (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес) _____

Бөлімше, учаске (Отделение, участок) _____

Сыртқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной карты) _____

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Диагнозы _____

P	-	Q	=	сек.
Q	R	S	=	сек.
Q R S T	(Q - T)	=	сек.	
R	-	R =		сек.
R I	:			R I I : R I I I =

R a V F : S a V F =

Ж С С

(Ч С С) =

Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов): _____

Қорытынды (Заключение): _____

Ырғақ (Ритм) _____

ЖЭО (ЭОС) _____

Гипертрофия _____

Коронарлық патология (Коронарная патология) _____

Блокадалар (Блокады) _____

Басқа өзгерістер (Другие изменения) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Электрэнцефалография

20____ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Жасы (Возраст) _____ ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

Фотостимуляция _____

Гипервентиляция _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Э х о э н ц е ф а л о г р а ф и я

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной карты) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН _____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга (есть, нет)

$T_m = T$

III арынша (III желудочек): ені (ширина) _____ мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М – жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды (Заключение) _____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) _____

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии) и подпись врача)

Примечание*: при необходимости использовать вкладные листы

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының картасы
(керектісінің а стын сызыңыз)
Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы),
стационара на дому (нужное подчеркнуть)

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ /

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол):ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН) _____

7. Медициналық тіркеу нөмірі|_____

(Регистрационный медицинский номер)

8. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

9. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

10. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 11 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 99.

12. Бекітілген МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления)

--

13. Осы ауру салдарынан биылғы жылы күндізгі стационарға жатуы (Проходил лечение в дневном стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

14. Хирургиялық операциялар (Хирургические операции)	АХЖ-9 коды (код МКБ-9)	Өткізу мерзімі мен у а қ ы т ы Дата и время проведения

15. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) _____ / _____ / _____
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

16. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения (смерти)) _____
/ _____ / _____
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

17. Өткізген күндері (Проведено дней) _____

18. МЭХ (МЭП) № _____

19. Диагностикалық зерттеулер

Диагностические исследования

Тағайындалды (астын сызыңыз) Назначено (подчеркнуть)	Орындалды (күні, қолы) Выполнено (дата, подпись)
---	---

ЭКГ _____

Эндоскопиялық зерттеу _____
(Эндоскопическое исследование) _____

Ультрадыбыстық зерттеу _____
(Ультразвуковое исследование)

Ро – скопия (графия) _____

Зерханалық зерттеулер _____
(Лабораторные исследования)

Шағымы (Жалобы) _____

Blank writing area with horizontal lines and dashed midlines.

Бақылау күнделігі

Дневник наблюдения

Blank writing area with horizontal lines and dashed midlines.

19. Уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (Листок временной нетрудоспособности)

(с) _____ бастап (по) _____ дейін

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть)-5, стационарға ауыстыру (қай стационарға екенін көрсету) перевод в стационар (указать какой)

20 __ жыл (год) " ____ " ____ Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача)

Стационарлық наукастың
медициналық картасының
косымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Күндізгі стационардағы (емханадағы,
ауруханадағы) науқастарды есепке алу

Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____
басталды (начат) аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер саны Количество дней лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности
6	7	8	9	10

Стационарлық наукастың
медициналық картасының косымша
парағы

Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Үйдегі стационар науқастарын есепке алу
Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

учета больных стационара на дому

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Т А Ә ФИО	Т у ғ а н к ү н і Д а т а р о ж д е н и я	Мекенжайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер с а н ы Количество д н е й лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	У а қ ы т ш а е ң б е к к е жарамсыздығы туралы Л и с т о к в р е м е н н о й нетрудоспособности	парақ
6	7	8	9	10	

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау міндетін атқарушының министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама

Жіберу мақсаты/Цель направления: Республикалық деңгейде мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек көрсету (на специализированную консультативно-диагностическую помощь республиканского уровня)

Жіберген медициналық ұйымның басшысы / Руководитель направляющей медицинской организации

(қолы) (подпись) (Т.А.Ә.) (Ф.И.О.)

Мөр орны

(Место печати)

(болған жағдайда при его наличии)

Республикалық деңгейде мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін медициналық ұйымның басшысы/

Руководитель медицинской организации, оказывающей специализированную консультативно-диагностическую помощь на республиканском уровне

/(қолы) (подпись) (Т.А.Ә.) (Ф.И.О.)



XX.XXX.XXX.XXXXX

Мөр орны (Место печати)

(болған жағдайда при его наличии)

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 5
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық	

көшесі _____ (улица) _____,

үйінің (дом) № _____, пәтерінің (кв.) № _____, тел. _____

11. ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус):

- қызметкер (служащий),
- жұмыскер (рабочий),
- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),
- зейнеткер (пенсионер),
- оқушы (учащийся),
- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка),
- жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом),
- табынушы (служитель культа),
- жұмыссыз (безработный),
- басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): Ұлы отан соғысының мүгедегі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСМ) (инвалид Великой Отечественной войны - при наличии (далее - ИВОВ) – 1, Ұлы отан соғысының қатысушы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСҚ) (участник Великой Отечественной войны - при наличии (далее - (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, радиация әсерін алған тұлғалар (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочие) – 11.

14. Пациент жолданды (Пациент направлен):

БМСК(ПМСП)-1, ДЕЕК (КДП)-2, өзі қаралды (обратился самостоятельно)-3, жедел жәрдемнен (скорой помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан (военкоматом)-6(керекті астын сызыңыз)

(нужное подчеркнуть).

15. Жолдаған медициналықұйымның болған жағдайда (бұдан әрі –МҰ) коды мен атауы:

(Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО)):

16. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____ АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық, мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік (керекті астын сызыңыз)

Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная, производственная (нужное подчеркнуть)

18. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

19. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

20. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

21. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет)

22. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

23. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации) _____ / _____ / _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

24. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки (смерти)) _____ / _____ / _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

25. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

26. Бөлімше (Отделение): _____ Код

атауы (наименование)

27. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код

28. Реанимацияда болдыма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ (нет) күндері (дней) _____

29.	Диагноз	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)	АХЖ-10 бойынша айқындау коды (уточняющий код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1. 2.	
А с к ы н у л а р ы Осложнения			
Г л е с п е л і а у р у Сопутствующее заболевание 1	1		
Г л е с п е л і а у р у Сопутствующее заболевание 2	2		
Патологоанатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти			

30. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

31. Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні _____ / _____ / _____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

32. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

33 Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

34. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

35. RW-гәтексеру (Обследован на: RW)	<input type="checkbox"/>	оң (положительно)	<input type="checkbox"/>	теріс (отрицательно)	<input type="checkbox"/>
АИТВинфекция (ВИЧ-инфекцию)	<input type="checkbox"/>	оң (положительно)	<input type="checkbox"/>	теріс (отрицательно)	<input type="checkbox"/>

36. Қан компоненттерін құю (Переливание компонентов крови) иә (да)____, жоқ (нет)_____

37. Трансфузиялардың кері салдары (неблагоприятные последствия трансфузий): иә (да), жоқ (нет)

38.Қантобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____

39. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие)(керекті астын сызыңыз)(нужное подчеркнуть)

40. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)					
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения			Саны Количество
Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)					
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения			Саны Количество

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

41. Пайдаланған донорлық қан, оның компоненттері мен препараттарының парағы
(Лист использованной донорской крови, ее компонентов и препаратов)

№	Код	Донорлық қан компоненттерінің атауы (наименование компонентов донорской крови)	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество
		Эритроцит бар ортаның барлық түрлері (эритроцитсодержащие среды всех видов)	Мөлшері (доза)	
		Плазманың барлық түрлері (плазма всех видов)	Мөлшері (доза)	
		Криопреципитат (криопреципитат)	Мөлшері (доза)	
		Тромбоциттік концентрат (тромбоцитный концентрат)	Мөлшері (доза)	
		Қанның басқа жасушалары (другие клетки крови)	Мөлшері (доза)	
		Қанның препараттары (альбумин) (препараты крови (альбумин))	Мөлшері (доза)	

Қысқартулар/Сокращение: КШТ - клиникалық-шығынды топтар (КЗГ – клиническо-затратная группа);

ММК – мамандандырылған медициналық көмек (СМП – специализированная медицинская помощь);

ЖММК – жоғары мамандандырылған медициналық көмек (ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь);

42. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата	Операцияның атауы мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1-экстренная, 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеоперационное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
__/__/__						хирург
__:						ассистент
Код						анестезиолог

__/__/__					хирург
-					ассистент
Код					анестезиолог
__/__/__					хирург
-					ассистент
Код					анестезиолог
__/__/__					хирург
-					ассистент

43. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания):шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

44. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения):сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) – 5

45. Дәрігер (Врач):Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.) (при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

46. Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Стационардан шыққан
пациенттің картасы 066/е
нысанына №1 қосымша парақ
Вкладной лист №1 к форме 066/у
карте выбывшего из стационара

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациенттің картасы
К а р т а п а ц и е н т а

с заболеванием сердечно-сосудистой системы

ЖКС (ОКС): жоқ (нет) ___ иә (да) ___

ST көтеруімен с подъемом ST

ST көтерусіз без подъема ST

№ , картаны толтыру күні (дата заполнения карты) / __/__/_____/

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации)

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ /
кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении) _____

3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) _____ кг, Бойы (Рост) _____ см (пациента)
ДСИ (ИМТ) _____

5. Ұлты (Национальность) _____ 6. Тұрғын (Житель): қала (города) – 1, ауыл (села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да), 2 – жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство) _____

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) _____

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): облыс (область) _____, аудан (район) _____, елді-мекен (населенный пункт) _____, көше (улица) _____, үй № (№ дома) _____, пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау органдары-9, ҮЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам

обратился-3, скорой помощью-4, другим стационаром-5, военкоматом- 6, прочие -7, судебные органы-8, правоохранительными органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____ АХЖ-10
коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспары (плановая), 2 - ауру басталғаннан бастап алғашқы 6 сағатта шұғыл (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 – 7-24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

19. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): 1- алғашқы (впервые) 2 - екінші рет (повторно)

20. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы _____

21. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

22.

ST көтеруімен ЖКС Орналасуы

(ОКС с подъемом ST Локализация):

алдыңғы (передний)

төменгі (нижний)

қапталық (латеральный)

оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

белгісіз (неопределенная)

23.

ST көтерусіз ЖКС Орналасуы
(ОКС без подъема ST Локализация):

алдыңғы (передний)

төменгі (нижний)

қапталық (латеральный)

оң жақ қарынша (ОҚ)

белгісіз (неопределенная)

24. ЭКГ жасалған күні және уақыты (Дата и время проведения ЭКГ) _____ /
_____/_____/_____
кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы)

25. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____
_____/_____/_____/_____
кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

26 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара) +)

Жоқ (нет)

Иә (да)

аймақтандыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации)

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

Б-аймағы (зона Б) (100 км артық) (более 100 км) _____

27 Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____ / _____ / _____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

28 Дата и время выписки (перевода) из стационара) _____ / _____ / _____ _____ / _____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

29. Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) Время от индексного события (начала симптомов ишемии) уақыты (время) (кк/аа) (дд/мм/ /) _____ сағат (час.) _____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

30. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну)/ Ввремя обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) кк/аа (дд/ мм/) _____ сағат (час.) _____ мин. _____ (дд/мм/) _____ час. _____ мин. _____ (сигналдық карта бойынша қабылданған қоңыраудың уақыты/ время принятого вызова по сигнальной карте)

31. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с медицинским персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин. _____

32. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

үйде (дома)

жұмыста (на работе)

қоғамдың орында (в общественном месте)

басқа (др.)

33. Келу орны (Место прибытия):

қабылдау бөлімі (приемный покой),

РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай) ОРИИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

АКГ-зертханасы (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП) АКГ- лаборатория (минуя приемное отделение, ОРИИТ/БИТ/ПИТ)

басқа (др.)

34. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия

(Артериальная гипертензия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

жоқ (нет)

иә (да) (диетотерапия, пероральды

терапия, инсулинотерапия)

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

жоқ (нет)

иә (да) (кейде, үнемі) (иногда, постоянно)

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Төмен физикалық белсенділік (Низкая физическая активность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (Случаи внезапной смерти в семье)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

35. Бұрын болған кардиалық сыртартқы (Предшествующий кардиальный анамнез)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұрақты стенокардия ширыққан

Стабильная стенокардия напряжения

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұрақсыз стенокардия

Нестабильная стенокардия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД /СРТ (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ (нет)

белгісіз (неизвестно)

иә (да) (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

36. Ілеспелі кардиалық патология (Сопутствующая некардиальная патология)

МҚЖБ (ОНМК)

жоқ (нет)

иә (да)

(1-геморрагиялық инсульт, 2- ми инфаргі) (1 - геморрагический инсульт, 2 - инфаркт мозга)

белгісіз (неизвестно)

Бүйрек функциясының созылмалы ауруы (БСА)

Хроническая болезнь почек (ХБП)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

Онкологические заболевания последние 5 лет

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АІЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ӨСОА (ХОБЛ)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Сыртартқысы анамнез

Семейный анамнез

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

37. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

38. Белгілері (симптомы)

Keудедегі жайсыздық/ ауырсыну

(Дискомфорт/боль в грудной клетке)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Ентігу (Одышка)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүректің тоқтауы (Остановка сердца)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Әлсіздік (Слабость)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Талу (Синкопе)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Другие симптомы

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Аурудың симптомсыз ағымы

Бессимптомное течение

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно) +

39. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.)
диастолалық _____ (диастолическое)
_____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

40. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

Сердечная недостаточность (СН) класс по Killip при поступлении

I,

II,

III,

IV

белгісіз (неизвестно)

41. Қан талдамасы (түскен кезде) (Анализ крови (при поступлении))

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) _____

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына) (максимальное значение) _____

МВ-КФК

жоқ (нет)

иә (да)

d – димер

жоқ (нет)

иә (да)

BNP/pro BNP

жоқ (нет)

иә (да)

Гемоглобин

жоқ (нет)

иә (да)

Гематокрит

жоқ (нет)

иә (да)

Тромбоцит

жоқ (нет)

иә (да)

Глюкоза

жоқ (нет)

иә (да)

Липидты спектр (Липидный спектр) (ХС

жоқ (нет)

иә (да), ЛПНП

жоқ (нет)

иә (да) , ЛПВП

жоқ (нет)

иә (да) , ТГ

жоқ (нет)

иә (да))+

Креатинин

жоқ (нет)

иә (да) _____ мкмоль/л

Креатинин шумақшалық сүзулу жылдамдығы (Скорость клубочковой фильтрации) креатинина _____ (автоматический расчет)

Калий

жоқ (нет)

иә (да)

Магний

жоқ (нет)

иә (да)

Кальций

жоқ (нет)

иә (да)

42. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

43. ЭКГ (түскен кезде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ;

Ырғақ (Ритм)

синустық (синусовый)

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

электрокардиостимулятор ырғағы (ритм электрокардиостимулятора) (ЭКС)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

QRS

қалыпты (норма)

Гис будасы солжақ аяқшасын оқшаулау (ГБСАО) (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНППГ))

Гис будасы оңжақ аяқшасын оқшаулау (ГБОУАО) блокада правой ножки пучка Гиса (БПНППГ)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)
ST T

ST сегментін көтерумен(с подъемом сегмента ST)

ST сегменті көтерусіз (без подъема сегмента ST))

T ирегiнiң инверсиясы (инверсия зубца T)

қалыпты ЭКГ (нормальная ЭКГ)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

44. ЭхоКГ (түсу кезінде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ;

N Симпсона бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)
(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы (Наличие зон нарушенной локальной сократимости):

жоқ (нет)

иә (да) (

-гипокинезия,

-акинезия)

45. КТ

жоқ (нет)

иә (да);

46. МРТ

жоқ (нет)

иә (да);

47. Қауіп шкалдары (шкалы рисков):

48. GRACE ишемия қауіпінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты) (Шкала риска ишемии GRACE (категории риска при поступлении)

жоқ (нет) ,

иә (да)

Клиникалық себептері

Клинические признаки

Баллдар

Баллы

Жасы (жас)

Возраст (лет) <30

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80-89

>90 0

8

25

41

58

75

91

100

Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)

Частота сердечных сокращений (ударов в минуту) <50

50-69

70-89

90-109

110-149

150-199

>200 0

3

9

15

24

38

46

Систолалық артериялық қысым (ммрт.ст.)

Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.) <80

80-99

100-119

120-139

140-159

160-199

>200 58

53

43

34

24

10

0

Сарысу креатинин деңгейі (мкмоль/л)

Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л) 0-35.3

35-70

71-105

106-140

141-176

177-353

>354 1

4

7

10

13

21

28

Жүрек функциясының жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)

Класс сердечной недостаточности

(по классификации Killip) I

II

III

IV 0

20

39

59

Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)

Остановка сердца (на момент поступления пациента) Иә (да) 39

ST сегментінің девиациясы

Девиация сегмента ST Иә (да) 28

Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы

Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов

Иә (да) 14

Баллдар саны (Количество баллов) _____

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

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

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

Баллдардың жалпы саны (Общее количество баллов) _____

Жоғары (Высокий) >140 балл (баллов)

Орташа (Средний) 109 – 140 балл (баллов)

Төмен (Низкий) <108 балл (баллов)

Клиническая оценка риска пациентов

ST ЖКС бар пациенттер қауіпіннің стратификациясы (стратификация риска пациентов с ОКСбп ST):

жоқ (нет),

иә (да)

Өте жоғары қауіп өлшемшарттары (критерии очень высокий риска)

жоқ (нет) ,

иә (да)

гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок (гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок)

Кеудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению)

Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы (жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца)

МИ механикалық асқынулары (механические осложнения ИМ)

Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі (острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST)

ST сегментінің немесе T ирегiнiң қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен (повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T, особенно с преходящей элевацией сегмента ST)

Жоғары қауіп өлшемшарттары (Критерии высокого риска)

жоқ (нет) ,

иә (да)

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі (Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ)

ST сегментінің немесе T ирегiнiң динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық) (динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или асимптомные))

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140 (Сумма баллов по шкале GRACE >140)

Аралық қауіп өлшемшарттары (Критерии промежуточного риска)

жоқ (нет),

иә (да)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

- Бүйрек функциясының жеткіліксіздігі (ШСЖ < 60 мл/мин/1,73 м²) (Почечная недостаточность (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²))
 - Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (устойчивая к медикаментозному лечению)
 - ОҚ ШФ < 40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі (ФВ ЛЖ < 40% или застойная сердечная недостаточность)
 - Ерте инфаркттен кейінгі стенокардия (Ранняя постинфарктная стенокардия)
 - Жақында өткізілген ТКА (недавнее проведение ЧКВ)
 - Бұрын жасалған АКШ (предшествующее АКШ)
 - GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы > 109 және < 140 (Сумма баллов по шкале риска GRACE > 109 и < 140)
Төмен қауіп өлшемшарттары (Критерии низкого риска)
 - жоқ (нет) ,
 - иә (да)
 - Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ, өзгеріссіз. ЭКГ, тропонин деңгейі жоғарламаған) Любые характеристики, не перечисленные выше (нет повторных симптомов ишемии, нет изменений. ЭКГ, нет повышения уровня тропонинов)
49. CRUSADE қан кету қауіп шкаласы (Шкала риска кровотечения CRUSADE)
- | | |
|-------------------------|---------------------|
| Көрсеткіш (предиктор) | |
| Показатель (предиктор) | Мағыналар интервалы |
| Интервал значений | Баллдар |
| Баллы | |
| Бастапқы гематокрит (%) | |

Исходный гематокрит (%) < 31

31-33.9

34-36.9

37-39.9

≥ 40 9

7

3

2

0

Креатинин клиренсі *

Клиренс креатинина ≤ 15

>15-30

>30-60

>60-90

>90-120

>120 39

35

28

17

7

0

Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)

Частота сердечных сокращений (уд/мин) ≤ 70

71-80

81-90

91-100

101-110

111-120

≥ 121 0

1

3

6

8

10

11

Жынысы

Пол Ер (Мужской)

Әйел (Женский) 0

8

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE электрондық): <http://www.crusadebleedingscore.org/>

Баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____

CRUSADE қан кету қаупі (риск кровотечений CRUSADE)

жоқ (нет) ,

иә (да) +

51. Тромботикалық асқынулар қаупін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы (Жүрекшелер фибрилляциясы кезінде)

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

Баллдардың жалпы саны: _____ (баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қаупі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет))

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта (необходимо назначить антикоагулянтную терапию))

52. Емдеу (Лечение)

Атауы

Наименование Түскенге дейін қабылдады

Получал до поступления Стационарда тағайындалды және қабылдады

Назначено и получал в стационаре

Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі

(24 сағатқа дейін)

первые сутки госпитализации (до 24 часов) 24 сағаттан кеш

позже 24 часов

Ацетилсалицил қышқылы

Ацетилсалициловая кислота

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Тикагрелор

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Клопидогрел

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

*Тромбоциттердің гликопротеин ІІb/ІІІa рецепторларының ингибиторлары

Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ФЕГ (гепарин)

(НФГ (гепарин))

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Фонда паринукс

Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)
ТМГ(эноксапарин)

Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

*Бивалирудин

Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

β-блокаторлары

(ампулалардағы метопролол)

β-блокаторы

(метопролол в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

β-блокаторлары

β-блокаторы

(метопролол-тартрат) короткого действия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Нитроглицерин (таблеткалар*ампулалар, аэрозоль)

Нитроглицерин (таблетки*ампулы, аэрозоль)

Иә (да)

Жоқ (нет)

другое

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)

Нитраты короткого действия
(мононитраты)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Аз уақыт әсер ететін ААФИ
ИАПФ короткого действия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин) Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)

БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Статиндер

Статины

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардығы Диазепам)

Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Са антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)

Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Амиодарон

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Басқа антиаритмиктер

Другие антиаритмики

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Инсулин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Қант деңгейін түсіретін препараттар
Сахароснижающие препараты

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар**

Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты** Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Альдостерон антагонисттері

(Спиронолактон /*эклеренон Антагонисты альдостерона

(Спиронолактон /*эклеренон

Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Диуретиктер

Диуретики

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Инотроптар (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)

Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Дигоксин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Кардиоверсия дефибриляция

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы (Механические устройства поддержки кровообращения)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да) Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Impella



Внутриаортальная баллонная контрпульсация



Баска/другие



Белгісіз (неизвестно)



Иә (да)

Экстракорпоральная мембранная оксигенация



Impella



Внутриаортальная баллонная контрпульсация



Баска/другие



Белгісіз (неизвестно)

гипотермия



Иә (да)



Жоқ (нет)



Белгісіз (неизвестно)



Иә (да)



Белгісіз (неизвестно)



Иә (да)



Белгісіз (неизвестно)

ӨЖЖ

ИВЛ



Иә (да)



Жоқ (нет)



Белгісіз (неизвестно)



Иә (да)



Белгісіз (неизвестно)



Иә (да)



Белгісіз (неизвестно)

* Препараттардың патенттелмеген атауы (Непатентованное название препаратов)

** CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

*** HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

Әріп

Буква Клиникалық сипаттамасы

Клиническая характеристика Баллдар

Баллы

H Гипертензия 1

A Бүйрек функциясының бұзылуы және (әрбіріне 1 балл)

Нарушение функции почек и (1 балл каждое) 1+1

S Ми инфаргі

Инфаркт мозга 1
В Қан кету
Кровотечение 1
L Тұрақсыз МНО /Лабильное МНО
1
Е Егде жас (>66 лет)
Пожилой возраст (>66 лет) 1
D Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)
Лекарства или алкоголь (1 балл каждое) 1+1
Баллдардың ең жоғары саны
Максимальное число баллов 9

Баллдардың жалпы саны: _____ (3 және одан жоғары баллдардың қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау қажет))

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 3 и более есть риск развития кровотечения (необходимо с осторожностью назначать антикоагулянтную терапию))

52. Тромболитикалық терапия
Тромболитическая терапия

Жоқ (нет), Тромболитикалық терапияны жасамау себептері
Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

кеш жүгіну (12 сағаттан артық) (позднее обращение (более 12 часов)

қарсы көрсетімдер (противопоказания)

абсолютты (абсолютные),

салыстырмалы (относительные)

ЭКГ өлшемшарттары жоқ (нет ЭКГ критериев)

бастапқы ТКА (первичное ЧКВ)

Иә (да),

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (время начала проведения тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.) _____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

тромболизистік терапия өткізу уақытының соны (время окончания проведения тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.) _____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

53. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі
Этап проведения тромболитической терапии

Емдеуге жатқызуға дейін (Догоспитальный)

Емдеуге жатқызу (Госпитальный)

кабылдау бөлімі (приемный покой)

ҚТП/ БИТ (ПИТ/БИТ)

басқасы (др.)

54.

тиімсіз (неэффективная)

тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар) (эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные аритмии)

55 Препарат

а) препарат түрі (тип препарата):

фибринге тән (фибринспецифичный)

фибринге тән емес (нефибринспецифичный)

б) препарат атауы (наименование препарата):

альтеплаза (актилизе)

тенектеплаза

ретепаза

др.

в) дозасы (доза)

толық доза (полная доза)

жарты доза (половинная доза)

58. Тромболизис асқынуының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

жоқ (нет)

иә (да)

56. Коронароангиография.

КАГ

Иә (Да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____
_мин.

Атауы (название) _____
қызмет коды (код услуги)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

57. Антитромбоцитарлы препараттар (Антитромбоцитарные препараты)

58. Тиагрелордың жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза тиагрелора)

жоқ (нет)

иә (да) +

АКГ зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

180 мг

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

62 Клопидогрелдің жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза клопидогреля)

жоқ (нет)

Иә (да) +

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

300мг

600мг

басқа (др.) _____

белгісіз (неизвестно)

59. Тромбоциттер рецепторларының IIb/IIIa гликопротеинді ингибиторлары (тромботикалық асқынулар қаупі кезінде) Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (при риске тромботических осложнений)

жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

Абциксимаб

Тирофибан

Эптифибатид

60. Антикоагулянттар (Антикоагулянты)

61.НФГ (гепарин)

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

62.НФГ+ ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

63. Фондаринукс+ НФГ

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

64. Эноксапарин

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

65.Бивалирудин

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

66. Тамырлы қол жетімдік (Сосудистый доступ):

радиалды (радиальный)

санды (бедренный)

67. Қалыпты КАГ (нормальная КАГ):

Иә (да)

жоқ (нет)

Егер жоқ болса (Если нет):

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

окклюзия

стеноз \geq 50%

стеноз $<$ 50%

коронароспазм

инфарктқа тәуелді артерия/Инфаркт зависимая артерия

Интактты

Интактные

68. Көп тамырлы зақымдану (Многососудистое поражение)

2,

3

және жоғары) (и более)

белгісіз (неизвестно)

. ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қанағым (Кровоток по ТІМІ в ИЗА или симптомном сосуде):

0

1

2

3

69. Реваскуляризация әдісін таңдау (қажет болған жағдайда) Выбор метода ревакуляризации (в случае необходимости)

70 Syntax шкаласы (Шкала Syntax) _

жоқ (нет)

иә (да)

баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____ +

71. "Жүрек тобы" консилиумды таңдау (Выбор консилиума "группа Сердце")

жоқ (нет)

иә (да)

ТАК (ЧКВ),

АКШ,

басқа (другое)

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса)

□ Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболитиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

□ Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

□ Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

□ ST көтерусіз ЖКС (ОКС без подъема ST):

□ Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/ рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

□ Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

□ Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты -140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

□ Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған жағдайда шығу алдында ТС бар пациенттерде төмен қауіпі және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (избирательное ЧКВ (перед выпиской у больных с НС при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда при низком риске и баллах по шкале GRACE <108)

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

72. Теріастылық коронарлық араласу (Чрескожное коронарное вмешательство)

Атауы (название) _____
_және операция коды (и код операции)

73. Баллонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты (дата и время раздувания баллона/установки стента) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин.

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболитизиса)

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболитизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

ST көтерусіз ЖКС (ОКС без подъема ST):

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)



Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)



Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)



Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

Жабыны бар стент*

Стент с покрытием*

Жабыны жоқ стент**

Стент без покрытия**

Тромб аспирациясы

Аспирация тромба

Тек баллондық ангиопластика

Только баллонная ангиопластика

Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу Измерение Фракционного резерва кровотока и др.

ТІМІ-ІІІ ІЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления

коронарного кровотока по критериям ТІМІ-ІІІ в ІЗА или симптомном сосуде)
0,1,2,3

ТІМІ-ІІІ ІЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока по критериям ТІМІ-ІІІ в ІЗА или симптомном сосуде)

-
- 0,
-
- 1,
-
- 2,
-
- 3

* Жабыны бар стенттер (Стенты с покрытием)

Қатты полимерлік жабындыда негізделген (Основанные на твердополимерном покрытии)

-
- Promus element
-
- Resolute
-
- Xience

Биоерітінді полимерлерде негізделген (Основанные на биоразстворимых полимерах) Biomatrix

-
- Nobori
-
- Yukon Choice PC
-
- Orsiro
-
- Ultimaster
-

басқа (көрсету) другой (указать какой)

**Жабыны жоқ стент (нақтылау) (Стент без покрытия (уточнить какой) _____

Орнатылған стенттердің саны (Количество установленных стентов):

-
- 1,
-
- 2,
-
- 3

74. Стент ішіндегі рестеноз (Рестеноз внутри стента)

жоқ (нет)

иә (да) +

75. Бифуркацияларды тарту (Вовлечение бифуркаций)

жоқ (нет)

иә (да) +

76. Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану (Применение тромбоэктомических устройств):

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

77. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар (Осложнения во время КАГ, ЧКВ)

Жоқ (нет)

Иә (да)

стенд тромбозы (тромбоз стента) +

операция алдыңғы МИ (периоперационный ИМ)

қан кету (кровотечение)

ми инсульты (мозговой инсульт)

индукцияланған нефропатия контрастысы (контраст индуцированная нефропатия)

сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома (пульсирующая гематома в области бедренного доступа)

Белгісіз (неизвестно)+

Әлім (смерть)

Белгісіз (неизвестно)

78. Ойдағыдай ТАА (Успешное ЧКВ):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

79. Толық ревазуляризация (Полная ревазуляризация):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

80. Стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық (более 1 процедуры во время стационарного лечения):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

81. Аорталық-коронарлық шунттеу (аорто-коронарное шунтирование)

Атауы (название) _____
АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

Жоқ (нет)

Иә (Да) АҚШ бастау күні (дата начала АҚШ) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

шұғыл (экстренно)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

жоспарлы АҚШ (плановая АҚШ)

82. Инотропты демеу (Инотропная поддержка):

операцияға дейін (дооперационная)

операциядан кейін (послеоперационная)

83. ЖКА діңгегінің зақымдалуы

Поражение ствола ЛКА:

Иә (да)

Жоқ (нет)

84. Шунттер (Шунты):

вена

ЛГА

ПГА

басқа (др.)

85. Операциямен байланысты асқынулар (осложнения, связанные с операцией):

- операциядан кейінгі МИ (периоперационный ИМ)
- неврологиялық тапшылық (неврологический дефицит)
- қан кету (кровотечение)
- жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы (нарушение ритма и проводимости сердца)
- медиастенит
- төссүйек тұрақсыздығы (нестабильность грудины)
- басқалар (другие)

86. Электрокардиостимуляторды имплантантау (имплантация электрокардиостимулятора)

- Жоқ (нет)
- Иә (Да)
- Шұғыл (экстренная)
- Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

- Уақытша ЭКС (временный ЭКС)
- Бір камералық (однокамерные)

Екі камералық (двухкамерные)

Тұрақты ЭКС (постоянный ЭКС)

Бір камералық (однокамерные)

Екі камералық (двухкамерные)

басқа (другое)

87. Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау (имплантация Кардиовертела-дефибриллятора)

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

88. Кардиоресинхрондаушы құрылғыны имплантациялау (Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ))

Жоқ (нет)

Иә (да)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

89. Басқа операциялар (Другие операции):

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

__ АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

90. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

91. Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip)

I

II

III

IV

белгісіз (неизвестно)

Қайталанған МИ

Рецидив ИМ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

ЖФ (алғашқы рет болған)

ФП (впервые возникшая)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

ФЖ/ЖТ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

АВ блокада II-III дәр (ст.)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Механикалық асқынулар Механические осложнения*

Иә (да) *

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Инсульт

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Қан кету

Кровотечения

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Қан трансфузиясы

Трансфузия крови

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Төмен гемоглобин

Низкий гемоглобин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

БЖЖ

ОПН

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Басқалар

другие

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

92 * МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар (операции при механических осложнениях ИМ)

жоқ (нет)

Иә (да)

Күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)) _____ сағат (час.) _____
_мин.

Атауы (название) _____ АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

93. Шығару кезіндегі зерттеулер (Исследования при выписке)

94. Шығару кезіндегі ЭКГ

(ЭКГ при выписке):

синусты (синусовый)

ЖФ (ФП)

ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST)

өзгеріс жоқ (нет изменений)

95 Шығару кезінде ЭХОКГ +
(ЭХОКГ при выписке)

- N Симпсона бойынша солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)
(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)
- болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)
- калыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)
- айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)
- солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)
Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip при
выписке)
- I
- II
- III
- IV
- белгісіз (неизвестно)

96. Шығару кезіндегі стресс тест (Стресс тест при выписке):

- Жоқ (нет)
- Иә (да) (
 - стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),
 - стресс ЭхоКГ)

Тест нәтижесі теріс (Результат теста отрицательный)

Тест нәтижесә оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы) (Результат теста положительный (стресс-индуц. Ишемия миокарда)

97. Басқа диагностикалық зерттеулер
(Другие диагностические исследования):

жоқ (нет)

Иә (да)

КТ (қауіп төмен көтерісуіз ЖКС кезінде) (при ОКС без подъема низкого риска)

МРТ

басқа (другое)

98. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10) Инфаркт түрі

Тип инфаркта

Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз

1.

2.

Асқынулар

Осложнения*

Ілеспелі ауру 1

Сопутствующее заболевание 1

Ілеспелі ауру 2

Сопутствующее заболевание 2

*Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) болған кезде NYHA бойынша функционалдық класы в случае хронической сердечной недостаточности ХСН (функциональный класс по NYHA)

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы (Исходы ОКС):

1.

ST көтерумен МИ (трансмуральды) (ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

үзілген ИМ (прерванный ИМ)

2.

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды) ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

3.

Н.С.

басқа аурулар (другие заболевания):

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ) (тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)

Қолқаның қабатталған аневризмасы (расслаивающая аневризма аорты)

Такотсубо кардиомиопатиясы (кардиомиопатия такотсубо)

Миокардит

басқа диагноздар (АХЖ-10 таңдау) (другие диагнозы (выбор из МКБ -10)

99. Қорытындылар (Исходы):

100. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

шығарылды (выписан),

кайтыс болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

басқа стационарға шұғыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

одан әрі амбулаториялық деңгейде қаралу үшін _____ (МҰ атауы) (үйдегі актив бойынша берілді (телефон бойынша) (на дальнейшее наблюдение на амбулаторном уровне (наименование МО) _____ (передан актив на дому (по телефону _____)

өз еркімен кету (самовольный уход)

б)

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды ():

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)

Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти

Диагностардың сауекеспеншілігі (Расхождение диагнозов)

жоқ (нет)

Иә (да)

101. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

сауығу (выздоровление),

жақсару (улучшение),

өзгеріссіз (без перемен),

нашарлау (ухудшение),

қайтыс болу (смерть)

102. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

103. Бөлімше (Отделение): _____

_____ Код

атауы (наименование) _____

104. Төсек бейіні (Профиль койки): _____

_____ Код

105. Кардиореанимацияда болды (Находился в кардиореанимации) (ПИТ/БИТ):

Жоқ (нет),

Иә (Да) күн саны (количество дней) _____

106. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____

Код _____ Қолы (Подпись) _____

107. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____

_____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Стационардан шыққан
пациенттің статистикалық
қартасының осымша парақ
Вкладной лист к статистической
карте выбывшего из стационара

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы
Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

ишемиялық (ишемический)

геморрагиялық (геморрагический)

транзиторлық ишемиялық өршу (транзиторная ишемическая атака)

№ _____, картаны толтыру күні (дата заполнения карты) / __ / __ / _____ /

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации)

ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау органдары-9, ҮЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим стационаром-5, военкоматом- 6, прочие -7, судебные органы-8, правоохранительными органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____ АХЖ-10
коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Пациент Д-есебінде тұрды ма (состоял ли пациент на Д учете)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

19. Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма (принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

антикоагулянтты терапия (антикоагулянтную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес (нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

антиагрегантты терапия (антиагрегантную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес (нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

стати́ндер (статины)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес (нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

20. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации):

1 – жоспары (плановая),

2 – ауру басталғаннан бастап алғашқы 40 минутта шұғыл (экстренная в первые 40 минут от начала заболевания),

3 – 40 минут – 3 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 40 минут - 3 часа),

4 – 3 сағат – 6 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 3 часа – 6 часов),

5 – 7 – 24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7 - 24 час),

6 – 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

21. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания):

1- алғашқы (впервые)

2 - екінші рет (повторно)

22. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы

23. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

Ишемиялық инсульттың кіші түрі (Подтип ишемического инсульта):

- атеротромбдық (атеротромботический)
- артерио-артериялық эмболиялар (артерио-артериальные эмболии)
- ми тамырларының тромбоздары (тромбозы мозговых сосудов) –
- кардиоэмболикалық (кардиоэмболический) –
- гемодинамикалық (гемодинамический) –
- қуыстық (лакунарный)
- гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша (по типу гемореологической микроокклюзии)

24. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____
/_____/_____/_____/_____

(кк/мм/жж) (дд/мм/тт) (сағат, мин) (часы, мин)

25 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара)

- жоқ (нет)

иә (да)

қала ішінде (внутри города)

аймақтындыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации) қала ішінде (внутри города)

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

Б-аймағы (зона Б) (100 км жоғары) (более 100 км) _____

26. МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты (индекстік жағдайдан бастап) уақыты _____ сағат _____ мин

Время первых симптомов ОНМК (от индексного события) время _____ час _____ мин

27. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну) (кк/аа/) _____ сағат _____ мин _____

время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/) _____ час. _____ мин _____

28. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с мед.персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин. _____

29. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

үйде (дома)

жұмыста (на работе)

қоғамдың орында (в общественном месте)

басқа (др.)

30. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия (Артериальная гипертензия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қан аурулары (Заболевания крови)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Ірі тамырлардың тарылу өзгерістері

(Стенозирующие изменения магистральных сосудов)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары
(Случаи внезапной смерти в семье)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Гормондық алмастыру терапиясы (Гормональная заместительная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүктілік (Беременность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Контрацептивтер (Контрацептивы)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

31. Бұрын болған жүрек-тамарлы сыртартқы (Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез)

Бұрын болған инсульт диагнозы

Предшествующий диагноз инсульта

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүректің ишемиялық ауруы

Ишемическая болезнь сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА

АКШ/ЧКВ

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ (нет)

иә (да) (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жыпылықтау аритмиясы

Мерцательная аритмия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

32. Ілеспелі патология (сопутствующая патология)

Диагнозы _____

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

33. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

34. Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі (Уровень сознания по шкале комы Глазго)

Балл _____

15 баллдан бастап– есі айқын (от 15 баллов – сознание ясное)

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру (от 13 до 14 - оглушение умеренное) ,

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру (от 10 до 12 - оглушение глубокое)

8-ден – 9-ға дейін сопор (от 8 до 9 – сопор)

6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома (от 6 до 7-кома умеренная),

4-тен – 5-ке дейін терең кома (от 4 до 5 - кома глубокая),

.3-тен – терминалды кома (От 3 - кома терминальная)

35. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша баллды көрсету (Указать балл по шкале NIHSS) _____

36. Рэнкин шкаласы (Шкала Рэнкина)

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

37. Дисфагия (бір жұтым суды кедергісіз ішеді) (может выпить глоток воды без затруднений)

жоқ (нет)

Иә (Да)

38. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин.)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.)
диастолалық (диастолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

ТҚЖ (ЧДД) минутына _____ (в мин.)

Температура _____ Цельсий градусы (градусов цельсия)

39. Негізгі диагностикалық іс-шаралар (Основные диагностические мероприятия):

1. Гематокритпен және тромбоциттерді есептеумен жалпы қан талдамасы (ЖҚТ)

Общий анализ крови (ОАК) с гематокритом и подсчетом тромбоцитов

жоқ (нет)

иә (да)

2. глюкоза

жоқ (нет)

иә (да)

3. коагулограмма

жоқ (нет)

иә (да);

а) ПВ-МНО

жоқ (нет)

иә (да);

б) АЧТВ

жоқ (нет)

иә (да);

в) Фибриноген

жоқ (нет)

иә (да);

4. электролиттер

жоқ (нет)

иә (да);

40. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

41. ЭКГ

жоқ (нет)

иә (да);

Ырғақ (Ритм)

синусты (синусовый)

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

электрокардиостимулятор (ЭКС) ырғағы (ритм электрокардиостимулятора (ЭКС))

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

42 .УДДГ (УЗДГ)

Бассүйекішілік тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз интракраниального сосуда

жоқ (нет)

иә (да)

Экстраракраниалды тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз экстракраниального сосуда

жоқ (нет)

иә (да)

43. ТИӨ кезіндегі ЭКГ холтері (Холтер ЭКГ при ТИА)

жоқ (нет)

иә (да);

44. Бастың бассүйекішілік тамырларының ТКДГ (ТКДГ интракраниальных сосудов головы)

жоқ (нет)

иә (да);

45. Жүректі УДЗ (сыртартқысында түбегейлі патологиясы бар пациенттерге ғана)

УЗИ сердца (только пациентам с наличием кардиальной патологии в анамнезе)

жоқ (нет)

иә (да);

46. Компьютерлік Томография (КТ) Компьютерная Томография (КТ)

жоқ (нет)

Иә (Да)

Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт

инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

ағымдағы жағдайдағы қан кету

кровоизлияние в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

б) Қан кету сипаттамасы (Характер кровоизлияния)

субарахноидальдық (субарахноидально)

паренхиматозды (паренхиматозное)

ми діңгегі (ствол мозга)

вентрикулярлы (вентрикулярное)

субтенториальды (субтенториальное)

47 МСКТ

жоқ (нет)

иә (да)

Аневризмань (Аневризму)

жоқ (нет)

иә (да)

АВМ

жоқ (нет)

иә (да)

Тамырлар стенозы (стеноз сосудов)

жоқ (нет)

иә (да)

Тамырлар окклюзиясы (окклюзию сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

48 Магниттік-резонансты томография (МРТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

инфаркт

жоқ (нет)

иә (да)

қан кету (кровоизлияние)

жоқ (нет)

иә (да)

аневризма

жоқ (нет)

иә (да) , АВМ

жоқ (нет)

иә (да),

тамыр стенозы (стеноз сосуда)

жоқ (нет)

иә (да),

тамыр тромбозы (тромбоз сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

49. Селективті церебральды ангиография (СЦА)

жоқ (нет)

Иә (Да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

Бассүйекішілік тамырының тромбозы (тромбоз интракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

Экстракраниальды тамырдың тромбозы (тромбоз экстракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

аневризма

жоқ (нет)

иә (да)

АВМ

жоқ (нет)

иә (да)

АВ жыланкөз (АВ фистулу)

жоқ (нет)

иә (да)

Бассүйекішілік тамырының стенозы (стеноз интракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

50. Кеуде ағзаларына рентгенография жүргізу (Рентгенография органов грудной клетки)

жоқ (нет)

иә (да)

51 Стационарға түскеннен кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через 24 часа после поступления в стационар)

52. Систолалық АҚ (АД систолическое) _____мм.рт.ст. диастолалық (диастолическое) _____мм.рт.ст., САД _____мм.рт.ст.

53. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша балл(Балл по шкале NIHSS)_____

54. Компьютерлік томография (КТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

контрасты жоқ (нет контраста)

тек трансудация (только
трансудация)

белгісіз (неизвестно)

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

55. Магниттік-резонансты томография (МРТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

контрасты жоқ (нет контраста)

тек трансудация (только
трансудация)

белгісіз (неизвестно)

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар
Удаленные геморрагии

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

56. Емдеу (Лечение)

57. Дәрілік терапия (Медикаментозная терапия)

Гипотензивті терапия (Гипотензивная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Антиагрегантты терапия (Антиагрегантная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Антикоагулянтты терапия (Антикоагулянтная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Статиндер (Статины)

жоқ (нет)

иә (да)

58. Жеке оңалту бағдарламасының картасы (Карта индивидуальной программы реабилитации)

МДК мамандарының тексеріп-қарау уақыты (Время осмотра специалистов МДК)

невролог

нейрохирург

реабилитолог күні (дата) _____

логопед күні (дата) _____

эрготерапевт күні (дата) _____

психиатр күні (дата) _____

ине рефлексотерапевт (иглорефлексотерапевт)

кинезиотерапевт күні (дата) _____

59..Оңалтудың жеке бағдарламасы (Индивидуальная программа реабилитации):

60. Негізгі іс-шаралар (Базовые мероприятия)

бағдарланған (позиционирование)

кезең-кезеңмен сатылы (поэтапная вертикализация)

жеке ЕФК (ЛФК индивидуально)

61. Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог немесе (или) нейропсихолог

диагностика

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

62. Қозғалыс бұзушылықтары кезінде (При двигательных нарушениях)
эрготерапевт

өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс істету (индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей)

биобасқару (биоуправление), электростимуляция

артропатияларды емдеу (лечение артропатий)

63. Аяқ-қолдардағы күш нормадан төмен болған кезде (При снижении ниже нормы силы в конечностях)

Физиотерапевт

физиотерапия

Аяқ-қолдардың спастикасы және контрактурасы болған кезде мыналарды тағайындайды

При наличии спастики и контрактур в верхних и нижних конечностях назначают

буындарды механикалық жұмыс істету (механоразработка суставов)

массаж

ЕФК (ЛФК)

жылумен емдеу (теплелечение)

64. Оңалту потенциалын айқындау (Определение реабилитационного потенциала)

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)
(благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

қолайсыз (үйде күтім жасау)
(неблагоприятный (уход на дому)
Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния перед реабилитацией)
а)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)
0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 — выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 — умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 — легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-схемасы (ПЖМИ) (Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) Mini-Mental State Examination (MMSE)

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

28-30- когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ (нет нарушений когнитивных функций)

24-27 деменция алдыңғы когнитивті бұзылулар (преддементные когнитивные нарушения)

20-23-сипаты жеңіл дәрежедегі деменция (деменция легкой степени выраженности)

11-19-сипаты қалыпты деңгейдегі деменция (деменция умеренной степени выраженности)

0-10- ауыр деменция (тяжелая деменция)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл) _____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

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

6-дан – 10-ға дейін – карауды қажет етеді (ауызша көмек)

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

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

Баллды көрсету (указать балл)_____

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

65. Тромболитикалық терапия (Тромболитическая терапия)

Жоқ (нет), тромболикалық терапия жүргізілмеу себептері (причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия)

Иә (да)

66. Интравенозды тромболизис (Интравенозный тромболизис)

Иә (да), терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа)
(дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

б) препарат атауы (наименование препарата):

альтеплаза (актилизе)

тенектеплаза

ретеплаза

в) доза

толық доза (полная доза) _____

жарты доза (половинная доза) _____

67. Интраартериялық тромболизис (Интраартериальный тромболизис)

жоқ (нет), себептерін көрсету (указать причины) _____

Иә (Да) терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа)
(дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/)
_____ сағат (час.) _____ мин.

б) препараттың атауы (наименование препарата):

Альтеплаза (Актилизе)

Тенектеплаза

Ретеплаза

в) дозасы (доза)

толық доза (полная доза) _____

жарты доза (половинная доза) _____

68. Тромболизис асқынуларының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

жоқ (нет)

иә (да), түрін көрсету қажет (указать какие) _____

69. Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау (Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS) _____

70. Тромболизис жасағаннан кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через 24 часа после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS) _____

71. Механикалық тромбэкстракция (Механическая тромбэкстракция)

жоқ (нет)

иә (да)

терапияны бастау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

72. Нейрохирургиялық операцияның атауы (Название нейрохирургической операции)

_____ АХЖ-9 операциясының коды (код операции МКБ-9)

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (кк/мм) дата (дд/мм/) _____ сағат (час) _____

шұғыл (экстренно)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

73. Операциямен байланысты асқынулар (Осложнения связанные с операцией): _____

74. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

Повторное ОНМК	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
М и о к а р д Инфаркт миокарда	и н ф а р г і <input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Ө А Т Б ТЭЛА	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Пневмония	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Ж а у ы р ж а р а Пролежни	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Сепсис	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет)

	<input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Геморрагиялық трансформация Геморрагическая трансформация	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
Б а с қ а Другое	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)

Шығару кезіндегі жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния при выписке)

75. а)NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS), балл _____ :

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

б)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 — выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 — умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 — легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкаалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл) _____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

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

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)
от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

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

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл _

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

76. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)	АХЖ-10 бойынша нақтылау коды Уточняющий код по МКБ-10
Қорытынды клиникалық диагноз (инсульт түрі)		1.	
Заключительный клинический диагноз (тип инсульта)		2.	
Ишемиялық инсульттың кіші түрі Подтип ишемического инсульта			
А с қ ы н у л а р Осложнения			
Глеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1	1		
Глеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2	2		

--	--	--

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

77. Қорытындылар (Исходы):

78. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

- шығарылды (выписан),
- қайтыс болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.
- а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

басқа стационарға шұғыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

оңалту (реабилитация)

өз бетімен күтім жасау (самовольный уход)

б)

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды (Аутопсия проводилась):

Жоқ (нет)

Иә (Да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

79. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

сауығу (выздоровление),

жақсару (улучшение),

өзгеріссіз (без перемен),

нашарлау (ухудшение),

қайтыс болу (смерть)

80. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

81. Бөлімше (Отделение): _____

атауы (наименование) _____

82. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код

83. Нейрореанимацияда болды (Находился в нейрореанимации) (ПИТ/БИТ)::

жоқ (нет) ,

иә (да) күн саны (количество дней) _____

84. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.) (при его наличии) _____ Код _____ Қолы (

Подпись) _____

85. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.) (при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Стационардан шыққан
пациенттің статистикалық
картасының қосымша парақ
Вкладной лист к статистической
карте выбывшего из стационара

Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда
емдеуден өткен адамның статистикалық картасы
Статистическая карта прошедшего лечение в дневном
стационаре и стационаре на дому №__

Күндізгі стационар: емханада

ауруханада

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а измерения	С а н ы Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а измерения	С а н ы Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____
Код _____ Қолы (Подпись) _____
Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)

Код _____ Қолы (Подпись) _____

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы
066-4/е нысанын толтыру бойынша нұсқаулық

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы (бұдан әрі - СШК) босанғандар мен жаңа туған нәрестелерді қоса алғанда стационардан шыққандардың барлығына толтырылады.

Күндізгі стационар атауы: медициналық ұйымның толық және қысқаша ресми атауы жіберіледі.

ҚҰЖЖ коды: ұйымның статистикалық картасынан қойылады.

Күндізгі стационардың орналасқан жері көрсетіледі (емхана немесе аурухана жанында).

СШК нөмірі: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының карта нөмірімен сәйкес келуі тиіс.

1-6, 8-10 тармақтар: науқастың жеке басын куәландыратын және сөзінен құжаттар деректері.

"Медициналық тіркеу нөмірі": жоспарланатын жеке медициналық карта үшін ұсынылған.

11-15 тармақтар: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының картасы негізінде толтырылады. Жіберген

ЕПҰ мен бекітілген ЕПҰ коды және атауы, бөлімше түрі мен төсек бейінінің коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

16-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

17-тармақ: Диагносттарды кодтау үшін 10-ХАЖ қолданылады.

18-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

19-20-тармақтар: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады 16-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Егер операциялық араласу бірнеше рет болса, онда басқа операцияларға қарағанда операция күніне тәуелсіз, бірінші рет толтырылуы қажет "Негізгі операция" белгіленеді.

17-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

18-тармақ: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады.

21-тармақ: Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектер әрекеттегі ережелер мен анықтамалықтарға сәйкес толтырылады. Тіркеуге тек клиникалық бөлімшеге (зертхана, рентген, УДЗ және басқалар) қатысты сыртқы қызметтер жатады. Клиникалық бөлімше жұмысының көлеміне кіретін қызметтер (инъекциялар, антропометрия, АҚҚ өлшеуіш, дәрігердің тексеруі және т.б.) клиникалық бөлімше қызметтерінде әлдеқашан ескерілген және толтыруға жатпайды. Көрсетілген қызметтер мен манипуляциялар, қолданылған дәрі-дәрмектер туралы деректерді енгізу үшін орын жетіспесе, Көрсетілген қызметтер парағын қосымша бетпен кеңейту керек.

22-23-тармақтар: Емдеуші дәрігер мен бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты. Дәрігерлер коды медициналық ұйымның ішкі анықтамалығына сәйкес қойылады.

Ескерту: нысан ұйым бейініне сәйкес толтырылады және басып шығарылады.

Инструкция по заполнению формы 066-4/у
"Карты выбывшего из стационара дневного пребывания"

Карта выбывшего из стационара дневного пребывания (далее - КВС) заполняется на всех выбывших из стационара, включая родильниц и новорожденных детей.

Наименование стационара дневного пребывания: допускается полное и краткое официальное наименование медицинской организации.

Код ОКПО: проставляется из статистической карты организации.

Указывается место расположения дневного стационара (при поликлинике или при больнице).

Номер КВС: должен совпадать с номером карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у).

Пункты 1-6, 8-10: данные из документов, удостоверяющих личность и со слов больного.

Регистрационный медицинский номер: предназначен для планируемых индивидуальных медицинских карт.

Пункты 11-15: заполняются на основании карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у). Коды и название направившего ЛПО и ЛПО прикрепления, код типа отделения и профиля коек присваивается из справочника МЗ РК.

Пункт 16: код МЭП (медико-экономического протокола) присваивается из справочника МЗ РК в соответствии с действующими правилами.

Пункт 17: для кодирования диагнозов применяется МКБ-10.

Пункт 18: код хирургической операции присваивается из справочника МЗ РК.

Пункты 19-20: заполняются на основании медицинской карты стационарного больного.

Пункт 21: лист оказанных услуг и медикаментов заполняется в соответствии с действующими правилами и справочниками. Регистрации подлежат только услуги, внешние по отношению к клиническому отделению (лаборатория, рентген, УЗИ и прочее). Услуги, входящие в объем работы клинического отделения (инъекции, антропометрия, измерение АД, осмотр врача и прочее), уже учтены в услугах клинического отделения и не подлежат заполнению. При недостатке места для внесения данных о проведенных услугах и манипуляциях, использованных медикаментов необходимо расширить Лист оказанных услуг дополнительным вкладышем.

Пункт 22-23: фамилия, имя, отчество, подпись лечащего врача и заведующего отделением. Коды врачей проставляются в соответствии с внутренним справочником медицинской организации.

Примечание: форма заполняется и распечатывается в соответствии с профилем организации.

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 б ұ й р ы ғы м е н б е к і т і л г е н № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Н ә р е с т е н ің д а м у т а р и х ы

№ _____

История развития новорожденного

	анасы мать	әкесі отец	нәресте ребенок
қ а н группа крови	т о б ы		
резус-тиістілік резус-принадлежность			

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество новорожденного (при наличии)

Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество матери (при наличии)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения)

Ұлты (Национальность) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Некенің тіркелуі (керекті астын сызыңыз) (Брак зарегистрирован (нужное подчеркнуть): иә (да), жоқ (нет))

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Тұрақты мекенжайы, телефон (Постоянное место жительства, телефон) _____

	күні число	айы месяц	жылы год	сағ .	мин час	
Туылды Родился						Қабылдау журналы (Приемный журнал) № _____ Нәресте палатасы (Палата ребенка) № _____
Түсті Поступил						Нәресте кереуеті (Кровать ребенка) № _____ Анасының палатасы (Палата матери) № _____
Шықты Выписан						Анасының кереует (Кровать матери) № _____ Нәресте ауыстырылған палата (Ребенок переведен в палату) _____
Қайтыс болды Умер						төсек (кровать) № _____
Ауыстырылды						Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____ Төсек-күндер саны (Проведено койко-дней) _____
Переведен						
Қайда Куда						

Нәрестенің қорытынды диагнозы (заключительный диагноз новорожденного)

Анасының жағынан тұқым қуалаушылық (Наследственность со стороны матери) _____

Әкесі жағынан (отца) _____

Гинекологиялық және акушерлік анамнез
Гинекологический и акушерский анамнез

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____ нешінші босану (которые роды) _____

Жынысы Пол	Тірі, өлі туылды Родился живой мертвый	Мерзімінде, мерзімінен бұрын туған Доношен. Недоношен.	Салмағы Масса (вес)	Бойы Рост	Шеңбері / Асфиксия		тірілту шаралары меры реанимации
					Окружность	басының кеудесінің ұзақтығы голови груди продолжительность	

Тірі туу критерийлері (Критерии живорождения) (+, -)			
Тынысы/ Дыхание	Жүрек соғуы/ Сердцебиение	Кіндік тамарының соғуы/ Пулсация пуповины	Бұлшық етінің жиырылуы Произвольное сокращение мускулатуры

Апгар шкаласы бойынша нәрестенің жағдайын бағалау
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Туылғаннан кейінгі уақыт Время после рождения	Жүрек қағысы Сердцебиение	Тыныс алуы Дыхание	Терісінің түсі Окраска кожи	Бұлшық ет тонусы Тонус мышц	Рефлекстері Рефлексы	Бағасы баллмен Оценка в баллах

Емшек емізуді бастау уақыты қашан (Когда приложен к груди после родов) _____

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина) _____

Даму кемістіктері (Пороки развития) _____

Босану кезіндегі зақымдануы (Родовые травмы) _____

Гонобленореяның алдын алу (дәрінің аты, сағаты) (Профилактика гонобленореи (название медикамента, время))

Кезекші акушер (Дежурный акушер) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач) _____

Нәрестелер бөлімшесіне ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение новорожденных) _____

Емшекті қалай сорады (как сосет грудь)?

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина))

Тыныс алуы. Өкпесінің жағдайы. Тыныс жеткіліксіздігін Сильверман
шкаласы бойынша бағалау
(Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной
недостаточности)

Жүрек (шекарасы, шулардың бар-жоғы, ырғақ сипаттамасы) (Сердце (границы,
наличие шумов, характер ритма))

Тамыр соғуы (Пульс)

Жүйке жүйесі (Нервная система)

Іш қуысы ағзалары (Органы брюшной полости)

Мекониидің кетуі (Отхождение мекония)

Несеп шығару (Мочеиспускание)

			приступов асфиксии (апноэ)	көздің глаз	ауыздың рта	кожных покровов	Активность сосательных рефлексов			Вр от пу
1	т									
	у									
2	к									
	в									

Егу/Вакцинация

Екпенің атауы Наименование вакцины	Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	Дозасы Доза	Екпе сериясының № серии вакцины	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Егуге серпіліс Реакция на прививку	Қолы Подпись
Вирусты гепатитке қ а р с ы Против вирусного гепатита							
Туберкулезге қарсы е к п е Противотуберкулезная							
Полиомиелитке қарсы Против полиомиелита							

Анасының қолы (Подпись матери) _____

— Егу жүргізілмеді (себебін көрсетіңіз) (Прививка не проводилась (указать причину))

Тұқым қуалайтын аурулар скринингі (Скрининг на наследственную патологию)

№	Атауы (Наименование)	Қан алу күні, аудиологиялық скрининг жасау күні (дата забора крови, дата аудиологического скрининга)	Нәтижесі (Результат)
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ТБГ (туа біткен гипотиреоз) / ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологиялық скрининг (аудиологический скрининг)		

"Отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық неонатальдық скринингті жүргізу туралы есеп" кестесін енгізу/"Учет о проведении аудиологического неонатального скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии".

Әдіс атауы/ Название метода	Нәтиже/ Результат					
	Оң құлақ /Правое ухо			Сол құлақ /Левое ухо		
	Өтті/ Прошел	Өтпеді/ Не прошел**	Скрининг жүргізілмеді / Скрининг не проводился	Өтті/ Прошел	Өтпеді/ Н е прошел**	Скрининг жүргізілмеді/ Скрининг не проводился
Отоакустикалық эмиссияны тіркеу/Регистрация отоакустической эмиссии*						

* Баланың отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық скринингті өту нәтижесі тиісті бағанада қанатбелгімен белгіленеді/ Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

** "Өтпеді" деген отоакустикалық эмиссияны тіркеу нәтижесінде бала сурдологиялық кабинетке жіберіледі/При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдау протоколы

Протокол транспортировки новорожденного

Дата рождения Туған күні	Гестациялық мерзімі Гестационный возраст	Постменструальды жасы Посменструальный возраст
Ж а с ы Возраст	Туған мезгіліндегі салмағы Масса тела при рождении	Қазіргі салмағы Фактическая масса тела
Нәресте жынысы Пол ребенка	Нәрестені көшіру себебі Причина перевода новорожденного	Тасымалдау ұзақтығы Длительность транспортировки

Анасының диагнозы/Материнский диагноз

1. _____
-
2. _____
-
3. _____
-
4. _____
-

Маза сыз/ Возбужденный	Белсенді/ Активный	Медициналық Медицинский сон	Ұйқы/ Ұйқылы/ Сон

Седативті және паралитикалық дәрілерді қолдану/

Использование седативных и паралитических препаратов

Алды/Получил	Дәрі дәрмек аты жөні/ Название лекарственного препарата	Дозасы/ Доза препарата
И я / Д а Жок /Нет		

Атанасына нәрестенің тасымалдауы туралы толық мәлімет берілді/

Родители получили полную информацию по поводу транспортировки новорожденного

Ия/да Жок/нет

Егерде алмаса, онда неге?/Если родители не получили, то по какой причине?

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) медицинская сестра _____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы (Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдауға арналған құрал жабдықтармен дәр-дәрмектердің дайындылығын тексеру парағы
Проверочный лист оборудования и медикаментов для транспортировки новорожденного

№	Тексеру күні, уақыты/ Дата и время проверки Медициналық аппараттар мен заттардың дәрі-дәрмектердің атаулары/Наименование оборудования, изделий медицинских изделий и лекарственных препаратов
1.	Транспорттық инкубатор/ Транспортный инкубатор:
	Оттегі баллоны/Кислородный баллон
	Ауа баллоны/Баллон с воздухом
	Аккумулятор /Аккумулятор
2.	Жасанды тыныс беру аппараты/Аппарат ИВЛ:
	Тыныс беру контуры / Дыхательный контур
	Ылғалдандырғыш/увлажнитель
	Стерильная вода/Стерильді су

3.	Реанимацияға арналған жинақ/Набор для реанимации:							
	Интубациялық түтікшелер № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5							
	Интубационные трубки № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5							
	Ларингоскоп № 1; 0; 00/Ларингоскоп № 1; 0; 00							
	Жабыстырғыш/Лейкопластырь							
	Жасанды вентиляция үшін өз бетімен ашылатын қап/Саморасправляющийся мешок для вентиляции							
	Мезгілінен ерте және мезгілінде туған нәрестелер үшін маскалар							
	Маска для доношенного и недоношенного ребенка							
4.	Дәрі дәрмектер/Лекарственные препараты							
	Дофамин 0,5%							
	Адреналин 0,1%							
	Физиологиялық ерітінді						0,9%	
	Физиологический раствор 0,9%							
	Гентамицин 4%							
	Ампициллин 250 мг							
5.	Аспирациялық катетерлер № 6, 8, 10, 12							
	Аспирационный катетер № 6, 8, 10, 12							
6.	Кардиомонитор							
	Неонатальды сатурациялық датчиктер							
	Неонатальные сатурационные датчики							
	Неонатальды қан қысым манжеталары							
	Неонатальные манжеты для измерения АД							
	Дене қызуын өлшейтін датчиктер							
	Датчики для измерения температуры тела							
7.	Перифериялық катетерлер №							
	Периферические катетеры №							
8.	Кіндік катетері/Пупочный катетер							
9.	Стерильді пинцет/Стерильный пинцет							
10.	Фонендоскоп							
11.								
	Дәрігердің қолы/ подпись врача							

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

(Бірінші беті/Первая страница)

Тасымалдау кезінде болған төтенше жағдай протоколы
Протокол о чрезвычайной ситуации во время перевода

	Тасымалдау командасы келмей тұрып/ До появления транспортной команды	Хал жағдайын тұрақтандыру кезінде/ Во время стабилизации	Тасымалдау кезінде/ Во время перевода	Қабылдайтын мекемеде/В принимающем учреждении

Жоспарланбаған экстубация/ Не запланированная экстубация				
pH > 7,5				
Экстравазация/ Экстравазация				
Тасымалдау кезіндегі газдың жоғалуы/ Утечка газа во время перевода				
Жолда жоспарланбаған тоқтау/ Не запланированная остановка в дороге				
Коммуникациялық проблемалар/ Коммуникационные проблемы				
Медициналық аппаратпен байланысты проблемалар/ Проблема связанная с оборудованием				
Клиникалық төтенше жағдай Клинический акцидент				
Дәрі дәрмекті қате беру/ Ошибка лекарства				
Тасымалдауды тоқтату/ Отмена перевода				
Нәрестенің жолда шетінеуі/ Смерть ребенка во время перевода				
Құжаттың дайын болмауы/ Не готовность документации				
Команда кеш келді/ Команда вернулась поздно				
Команда жолданған мекемеде 4 сағаттан аса болды/Команда находилась в направленном стационаре более 4 часов				

Төтенше жағдайдың сиппатамасы/Описание чрезвычайной ситуации во время транспортировки

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні(болған жағдайда) /ФИО (при его наличии)
медцинская сестра _____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

(Келесі беті/следующая страница)

Тасымалдау кезінде болатын төтенше жағдайлар бойынша түсініктемелер
Разъяснение чрезвычайных ситуации во время транспортировки

1. Төтенше жағдай түрлері/виды чрезвычайных ситуации во время транспортировки

- a. Нәрестенің жолда шетінеуі/Смерть ребенка во время транспортировки
- b. Жоспарланбаған экстубация/Незапланированная экстубация
- c. Экстравазация
- d. $pH > 7,5$
- e. Газдың жоғалуы/Утечка газа

2. Коммуникациялық/Коммуникационные

- a. Сыртқы/внешний
- b. Ішкі/внутренний

3. Аппаратпен байланысты/Связанные с оборудованием

- a. Медициналық/медицинские
- b. Медициналық емес/не медицинские
- c. Көлікпен байланысты/связанная с автомобилем

4. Клиникалық жағдайлар/Клинические ситуации

a. Нәресте алып келгеннен кейін 48 сағат ішінде шетінесе/смерть ребенка в течении 48 часов после прибытия

b. Тасымалдау кезінде реанимация жүргізу/проведение реанимации во время транспортировки

c. Тасымалдау кезінде пневмоторакс пайда болу/Пневмоторакс во время транспортировки

- d. Дене қызуы $36,5^{\circ}\text{C}$ төмен болу/Снижение температура тела менее $36,5^{\circ}\text{C}$
- e. Гипогликемия < 2 ммоль/л
- f. Артериальді гипотензия/Артериальная гипотензия
- g. Басқада/Другие

5. Дәрі дәрмекпен байланысты қателіктер/Ошибки связанные с медикаментами

- a. Дәрідәрмекпен байланысты/Связанная с лекарством
- b. Сұйықтықпен байланысты/Связанная с инфузионным препаратом
- 6. Тасымалдауды тоқтату/Прекращение транспортировки

a. Қабылдайтын мекеменің бас тарту салдарынан/Из-за отказа принимающей стороны

b. Нәресте хал жағдайының нашарлауынан/В связи с ухудшением состояния ребенка

7. Жолда жоспарланбаған тоқтау/Незапланированная остановка во время транспортировки

a. Көлікке байланысты/связанная с автомобилем

b. Қызметкерге байланысты/связанная с сотрудником

c. Басқа/Другие

8. Документациямен байланысты/Связанная с документацией

a. Тасымалдау командасына байланысты/связанная с транспортной командой

b. Жолдайтын мекеме салдарынан/Связанная с отправляющей стороны

9. Тасымалдайтын команда кеш келді/Транспортная команда вернулась поздно

10. Қызметкерлерге байланысты/Связанная с сотрудниками

a. Дәрігерге байланысты/Связанная с врачом

b. Медбикеге байланысты/Связанная с медсестрой

c. Жүргізушіге байланысты/Связанная с водителем

11. Басқа/Другие

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) новорожденного)

Балаға мамандардың консультациялары

Консультация ребенка специалистами

Пульмонологтың тексеріп-қарау нәтижелері (Результаты осмотра пульмонолога)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Отоларингологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра отоларинголога)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Кардиологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра кардиолога)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Басқа мамандардың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра других специалистов)

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

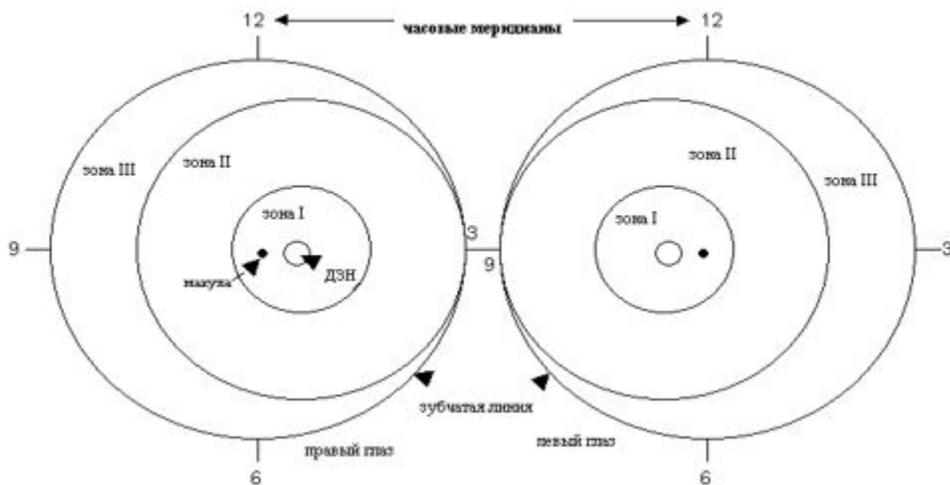
Офтальмологтың тексеру нәтижелері/результаты осмотра офтальмолога

Шағымдар, ауру сыртартпасы _____

Жалобы, анамнез заболевания _____

	OD	OS
Реакция на свет, в т.ч. реакция зрачка на свет		
КІҚ (ВГД пальпаторно)		
Қ о с а л қ ы Придаточный аппарат	а п п а р а т	
А л д ы ң ғ ы Передний отрезок	к е с і н д і с і	
С ы н у Преломляющие среды	о р т а с ы	

Көзтүбі (Глазное дно) _____



Диагнозы: _____

Диагноз _____

Тағайындаулар/назначения:

- 1.
- 2.
- 3.

Ұсыныстар: рекомендации: _____

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультация күні/Дата консультации

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
Вкладной лист к истории развития новорожденного

Науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен жаңа туған нәрестелердің реанимациясы және қарқынды терапиясы бөлімшесіндегі тағайындаулар картасы
Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии новорожденных

Күні (Дата) _____ Науқас (Больной) _____ Жасы (В о з р а с т) _____ Ж ы н ы с ы

(Пол) _____ Ауру тарихы № (№ истории) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус _____ Диагнозы (Диагноз)

Жағдайы (Состояние) _____

Т у ғ а н д а ғ ы _____ с а л м а ғ ы

(Вес при рождении) _____, Бүгінгі салмағы (Вес фактический) _____,

Өлшенетін өлшемдер (Измеряемые параметры 1)	1	IMV peak	
		MAP	
		PEEP	
Қойылған өлшемдер 2 (Установленные параметры 2)		HFO frequency	
		HFO amplitude	
Өлшенетін өлшемдер (Измеряемые параметры 2)	2	IMV im	
		DCO2	
		Vt – im	
		Vthf	
Науқас туралы мәліметтер (Данные пациенты)		pH	
		pO2	
		pCO2	
		BE	
		Sat O2	
		Пульс	
		АД	
		ЧД	
Режімдер (Режимы)		CPAP	
		IPPV/IMV	
		SIMV	
		SIPPV/AC/PTV*	
		PSV*	
		VIVE*	

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач) _____

Кезекші мейіргер/мейіраға (Дежурная медицинский(ая) сестра/брат) _____
Кезекші мейіргер/мейіраға (Дежурная медицинский (ая)сестра/брат) _____

* режимдер *режимы выставляются имеющиеся на аппаратах ИВЛ в зависимости от производителя

Е с к е р т п е :	
СФМ – сұйықтыққа физиологиялық мұқтаждық/к/т	
Р е г о s – і ш к е / в н у т р ь к/т	
к/т – к ө к т а м ы р ғ а / в н у т р и в е н н о к	
к – к ө м і р с у / у г л е в о д ы м	
м – м а й / ж и р ы м.т. – м	
д.м. – дене массасы/масса тела	Tin - в
Tin - время вдоха	Tex – i
Tex – время выдоха	f – set
f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания	fіO2 -
fіO2 - концентрация подаваемого кислорода	IMV p
IMV peak – пиковое давление	

MAP – среднее давление в дыхательных путях	MAP -
PEEP – положительное давление в конце выдоха	PEEP -
HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции	HFO fi
HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции	HFO a
IMV im - измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции	IMV i высоки
DCO2 –коэффициент вывода углекислого газа	DCO2
Vt – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами	Vt – in
Vthf –усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентиляции	Vthf –
pH – степень кислотности	pH – с
pO2 – парциальное напряжение кислорода	pO2 –
pCO2 – парциальное напряжение углекислого газа	pCO2 -
BE – дефицит основания	BE – д
Sat O2 – сатурация	Sat O2
Пульс	Пульс
АД – артериальное давление	АД – а
ЧД – частота дыхания ребенка	ЧД – ч
Температура	Темпе
CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях	CPAP
IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции	IPPV/I
SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция	SIMV
SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом	SIPPV синхр
PSV – режим вентиляции с поддержкой давления	PSV –
VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе	VIVE -
П р и м е ч а н и е :	Приме:
ФПЖ – физиологическая потребность в жидкости	органи:
Per os – внутрь	

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 7
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы	БСН бойынша ұйым коды
Формат А4	Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 023 /е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы
Наименование
организации

Медицинская документация Форма № 023/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года № 907

Тәуелсіз сарапшының есеп картасы
У ч е т н а я к а р т а

независимого эксперта

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____
Әкесінің аты(болған жағдайда)/Отчество (при его
наличии) _____ ЖСН/ИИН _____

Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ___ / ___ / ___

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж, жен) _____

Туған жері (Место рождения) _____ елі(страна)

Ұлты (Национальность) _____

Тұрғылықты орны (Место жительства):

Облыс (область) _____ аудан(район) _____

Елді мекені (Населенный пункт) _____

Көшесі, үй(Улица, дом) _____

Жұмыс телефоны (Телефон рабочий) _____ (ұялы телефон)
сотовый _____, e-mail _____

Жоғары оқу орнының бітірген жылы(Год окончания высшего учебного
заведения) _____

Диплом № (№ диплома) _____

Диплом бойынша мамандығы (Специальность по диплому) _____

Ғылыми дәрежесі (Ученая степень) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Лауазымы (Занимаемая должность) _____

Мемлекеттік тілді білуі (Знание государственного языка) _____

Орыс тілін білуі (Знание русского языка) _____

Шет тілін білуі (Знание иностранного языка) _____

Мамандықтары бойынша ақпарат (Информация о специализациях):

Мамандығы/Специальность	Өткен жылы/Год прохождения

Соңғы аккредиттеуден өткен күні (Дата прохождения последней аккредитации) _____

Нәтижесі (Результат) _____

Аккредиттеу куәлігінен ауыру күні (Дата лишения свидетельства об аккредитации) _____

Шетелде маман ретінде жұмысы (Работа за рубежом в качестве специалиста):

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ ж.(г.)

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ ж.(г.)

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ ж.(г.)

Баспа жұмыстары туралы ақпарат (Информация о печатных работах)

Жарияланымдар саны (Количество публикаций):

а) барлығы (всего): _____, соның ішінде (в т.ч.) республикалық баспада (в республиканской печати) _____, ТМД(СНГ) _____, халықаралық (международной)

Монографиялар, оқулықтар саны (Количество монографий, учебников): _____

Әдістемелік ұсынымдар саны (Количество методических рекомендаций): _____

Тәуелсіз сарапшы есебі

Отчет независимого эксперта

Есептік жыл _____

Отчетный год _____

I. Медициналық қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік органдармен қатыстырылуы

Привлечение государственным органом в сфере оказания медицинских услуг

1. Медицина қызметкерлері үшін біліктілік емтихан өткізу

Проведение квалификационного экзамена для медицинских работников

1) Біліктілік емтихан өткізуге қатысу жағдайларының саны -

Количество случаев участия в проведении квалификационного экзамена -

Олардан:

Из них:

Жоғары санатқа - _____

На высшую категорию - _____

1-санатқа - _____

На 1 категорию - _____

2-санатқа - _____

На 2 категорию - _____

2) Біліктілік емтиханның қай бөлімін өткізу үшін:

Медициналық қызметкерлердің біліктілік есептердің талдауы - _____

Сұхбаттасу - _____ қатыстырылды.

К проведению какой части квалификационного экзамена привлекался:

Анализ квалификационных отчетов медицинских работников - _____

Собеседование - _____

2. Мемлекеттік органдардың және денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттау

Аттестация руководителей государственных органов и организаций здравоохранения

Мемлекеттік органдардың басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының

саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных органов - _____

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных организаций здравоохранения - _____

3. Қорытынды берумен бірге медициналық қызметтерді жарнамалау материалдарына сараптама

Экспертиза материалов рекламы медицинских услуг с выдачей заключений

Қарастырылған жарнамалық материалдар саны - _____

Количество рассмотренных рекламных материалов - _____

4. Медициналық көмек сапасына байланысты азаматтар өтінішін қарау

Рассмотрение обращений граждан, связанных с качеством медицинской помощи

Әр қайсына қысқа сипаттамамен бірге жеке және заңды тұлғалардың өтініштерін қарау жағдайларының саны:

Количество случаев рассмотрения обращений физических и юридических лиц с кратким описанием каждого:

Өтініште баяндалған негізгі деректер

основные факты, изложенные в обращении _____

қарау нәтижелері бойынша көрсетілген деректер дәлелденді ме _____ (ия/жоқ)

подтвердились ли указанные факты по результатам рассмотрения _____ (да/нет)

- клиникалық жағдайдың қандай сараптама әдістері қолданылды
- какие методы экспертизы клинического случая были использованы
- медициналық құжаттама сараптамасы
- экспертиза медицинской документации
- емделушіні тексеру
- осмотр пациента
- медициналық жұмыскерлермен сауалнама
- опрос медицинских работников
- сараптама нәтижелері
- результаты экспертизы

5. Мемлекеттік органмен жоспарлы және жоспардан тыс тексеруді өткізуге қатыстырылу

Привлечение к проведению плановых и внеплановых проверок государственным органом

Жоспарлы және жоспардан тыс тексеруге тарту жағдайлар саны

Количество случаев привлечения к плановым и внеплановым проверкам

тексерудің негізгі сұрақтары _____

основные вопросы проверки _____

тексеру барысындағы медициналық қызмет сараптамасының нәтижелері _____

результаты экспертизы медицинской деятельности в ходе проверки _____

II. Денсаулық сақтау басқармасының мемлекеттік органдарымен және құқық қорғау органдарымен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта государственными органами управления здравоохранением и правоохранительными органами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

III. Халықпен, медициналық қызметкерлермен, басқа мүдделі тұлғалармен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта населением, медицинскими работниками, другими заинтересованными лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

IV. Халықпен және басқа мүдделі тұлғалармен қатыстырылу
Привлечение населением и другими заинтересованными лицами
Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

V. Денсаулық сақтау басқарма органдармен қатыстырылу
Привлечение органами управления здравоохранения
Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы
Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 8
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

A4 форматы Формат A4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан
көшірме (астын сызыңыз)

В ы п и с к а

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (подчеркнуть)

№ _____

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента _____

Туғанкүні, айы, жылы/День, месяц, год рождения _____

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

Науқастың үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

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

Күндері: а) амбулатория бойынша: сырқаттары (Даты: а) по амбулатории:
з а б о л е в а н и я)

стационарға жіберілуі (направления в стационар) _____

б) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления) _____

шығуы (выбытия) _____

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

Шағымдары

(Жалобы): _____

Anamnesis Morbi: _____

A n a m n e s i s v i t a e :

Аллергоанамнез

ауыртпалы емес (не отягощен)

а у ы р т п а л ы (о т ы г о щ е н) :

Тұқым қуалаушылық (Наследственность):

ауыртпалы емес (не отягощена);

а у ы р т п а л ы (о т ы г о щ е н а) :

Дәрі-дәрмек қабылдауы (Прием медикаментов):

қабылдамайды (не принимает)

к а б ы л д а й д ы (н е н і , қ а ш а н , н е г е)
(п р и н и м а е т (ч т о , к о г д а и з а ч е м)) :

Эпидемиологиялық (эпидемиологический) анамнез:

ауыртпалы емес (не отягощен)

а у ы р т п а л ы (о т ы г о щ е н) :

_____ Гемотрансфузиялар (гемотрансфузии)

Хирургиялық интервенциялар (Хирургические вмешательства)

В гепатитінің вирусы қарсы вакцинация (вакцинация против вируса гепатита В)

Иммунопрофилактика:

өткізілді (проводилась)

жоқ (нет)

басқа (др.) _____

БЦЖ тыртығы (Рубчик БЦЖ):

өлшемі (размер): _____ мм.

Диспансерлік тізімде тіркелуі (Состоит на диспансерном учете):

жоқ (нет);

ия (да): _____

Қажеттілігі бойынша* (Сведения по необходимости*)

* Туылған кездегі салмағы (При рождении вес): _____ гр. бойы (рост): _____ см.

*Тамактануы (Вскармливание):

табиғи (естественное до) _____

жасанды (искусств);

аралас (смешанное)

* Соңғы туберкулинді сынама (Последняя туберкулиновая проба) ____/____/201__ г

Нәтижесі (Результат)

оң (положительный);

теріс (отрицательный);

мәлімет жоқ (нет данных)

* Психофизикалық дамуы жасына сәйкес келуі (Психофизическое развитие соответствует возрасту):

ия (да);

жоқ (нет):

Status praesens, statusnervosus

Жағдайы (Состояние):

Конституциясы(Конституция):

<p>канағаттанарлық (удовлетворительное); <input type="checkbox"/></p> <p>орташа дәрежелі (средней степени); <input type="checkbox"/></p> <p>ауыр, (тяжелое, за счет)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>астеникалық (астенич.) <input type="checkbox"/></p> <p>гиперстеникалық (гиперстенич.) <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (норма); Жүріс-тұрысы науқас жасына сәйкес (Поведение соответствует возрасту пациента): <input type="checkbox"/></p> <p>ия (да); <input type="checkbox"/></p> <p>ж о к (н е т) Эмоционалды статусы (Эмоциональный статус): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (нормальный); <input type="checkbox"/></p> <p>лабильді (лабильный) Ұйқысы (Сон): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (нормальный); <input type="checkbox"/></p> <p>бұзылған (нарушен): _____</p> <p>Тәбеті (Аппетит): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (нормальный); <input type="checkbox"/></p> <p>жоғарлаған (повышен) <input type="checkbox"/></p> <p>төмендеген (снижен), (қай уақыттан бастап (с каких пор)): <input type="checkbox"/></p>
<p>Есі (Сознание): <input type="checkbox"/></p> <p>анық (ясное); <input type="checkbox"/></p> <p>басқа (др): _____</p> <p>Сөйлеу (Речь): <input type="checkbox"/></p> <p>анық(ясная); <input type="checkbox"/></p> <p>басқа(др): _____</p> <p>Есту (Слух): <input type="checkbox"/></p> <p>мазаламайды (не беспокоит); төмендеген(снижен)</p> <p>Көру (Зрение): <input type="checkbox"/></p> <p>мазаламайды(не беспокоит); <input type="checkbox"/></p> <p>төмендеген (нарушено) Белсенділігі (Активность): <input type="checkbox"/></p> <p>сақталған (сохранена); <input type="checkbox"/></p> <p>шектелген (ограничена); <input type="checkbox"/></p> <p>қатаң шектелген (резко ограничена)</p>	<p>қалыпты (нормальный); <input type="checkbox"/></p> <p>лабильді (лабильный) <input type="checkbox"/></p> <p>Ұйқысы (Сон): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (нормальный); <input type="checkbox"/></p> <p>бұзылған (нарушен): _____</p> <p>Тәбеті (Аппетит): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (нормальный); <input type="checkbox"/></p> <p>жоғарлаған (повышен) <input type="checkbox"/></p> <p>төмендеген (снижен), (қай уақыттан бастап (с каких пор)): <input type="checkbox"/></p>
<p>Глазго кома шкаласы бойынша науқас есінің жағдайын бағалау (Оценка состояния сознания пациента по шкале комы Глазго):</p>	
<p>Тері жамылғысы және көрінетін шырышты қабаттар (кожные покровы и видимые слизистые)</p>	
<p>Т е м п е р а т у р а _____ С</p> <p>Көрінетін шырышты қабаттары (Видимые слизистые): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (таза, ылғалды)/в норме (чистые, влажные); <input type="checkbox"/></p> <p>б а с қ а с ы (д р .) :</p>	
<p>Араң (Зев): <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты (в норме); <input type="checkbox"/></p> <p>гиперемияланған (гиперемирован); <input type="checkbox"/></p>	

басқа

(др.): _____

Бадамша бездері (Миндалины):

калыпты (в норме);

гипертрофияланған (гипертрофированы);

б а с қ а

(др.): _____

Терісі (Кожа):

калыпты (түсі физиологиялы/қызғылт/қалыпты; таза)/в норме (цвет физиол. / розов. / норм.; кожные покровы чистые);

бозарған (бледная);

сарғайған (желтушная);

жер түсті (землистая);

қызарулар (покраснения);

цианоз;

депигмент.;

зақымданулар (повреждения);

экхимоз;

бөртпе (сыпь) _____

Ылғалдылығы (Влажность):

калыпты (в норме);

ылғал (влажная);

айқын (выраженный) гипергидроз;

құрғақ (сухая);

әжімді (морщинистая);

т у р г о р т ө м е н д е г е н (т у р г о р с н и ж е н);

Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы):

ұлғаймаған (не увеличены);

басқа

(др.): _____

Ісінулер (Отеки):

жок (нет);

бар (есть) локализация:

Бұлшықеттік және буын-сүйектік жүйе
(мышечная и костно-суставная система)

Буын-сүйектік жүйе (Костно-суставная система):

жасына сәйкес (соответствует возрасту);

деформациясы бар (есть деформации) _____

Бұлшықеттік жүйе (Мышечная система):

ауытқусыз (без патологий);

гипотонус;

гипертонус

Тыныс алу жүйесі
(дыхательная система)

Тыныс алу жиілігі (Частота Дыхательных Движений): _____ мин.

өлшенбеген (не измерялось);

тыныс алу жүйесінде ақаулар жоқ (в дыхательной системе патологии нет)

Тыныс алу (Дыхание):

кеуделік (грудное);

іштік (брюшное);

аралас (смешанное)

Еңтігу (Одышка):

инспираторлы (инспираторная);

экспираторлы (экспираторная);

аралас (смешанная);

қосымша бұлшықеттердің қатысуы (участие вспомогательной мускулатуры)

Жөтел (Кашель):

бөліндісіз (непродуктивный);

бөліндімен, қақырық (продуктивный, мокрота): _____

Аускультация:

везикулярлы (везикулярное);

катан (жесткое);

элсіреген (ослабление);

сырылдар (хрипы): _____

Перкуссия:

өткізілмеді (не проводилась);

короптық (коробочный);

тұйық (притупление);

өкпелік дыбыс (легочной звук) Басқа (Другое): Сатурация: O₂-% _____

Жүрек-қан тамыр жүйесі
(сердечно-сосудистая система)

Жүрек жиырылысының жиілігі (Частота Сердечных Сокращений): ____ мин.

өлшенбеген (не измерялось)

Артериальды қысымы (Артериальное Давление): ____ мм сынап бағанасы (мм рт ст)

өлшенбеген(не измерялось);

Жүрек-қан тамыр жүйесі ақаусыз (Сердечно-сосудистая система без патологии)

Симптомдар (Симптомы): кеудедегі ауру / салдану / синкопе / жүрек соғысы / аяқтарындағы ауру сезімдері / бозғылт / көкшіл аяқ-қолдар (боль в груди / онемение / синкопе / сердцебиение / боли в ногах / бледные / синюшные конечности)

Жүрек шекарасы (Границы сердца): жоғарғы (верхняя): _____ оң (правая): _____ сол (левая): _____

Жүрек тондары (Тоны сердца):

ырғақты (ритмичные);

ырғақты емес (неритмичные)

айқын (ясные);

тұйықталған (приглушенные);

қатаң (глухие)

Басқа (Другое):

Асқазан-ішек жолдары
(желудочно-кишечный тракт)

Асқазан-ішек тракты ақаусыз (тілі ылғалды, іші қатаймаған, ішек перистальтикасы қалыпты, ағзалар ауырмайды, үлкеймеген)

Желудочно-кишечный тракт без патологии (язык влажный, живот не напряжен, перистальтика кишечника в норме, органы безболезненны, не увеличены);

Тілі (Язык):

құрғақ (сухой);

жабылган (немен?) (обложен) _____ ;

жаралы элементтер (язвенные элементы) _____

Симптом:

жүту бұзылысы (нарушение глотания)

гиперсаливация

қыжыл (изжога)

жүрек айну (тошнота)

күсу (рвота)

б а с қ а (д р .) _____

Ішісм (Живот)қатайған (напряжен): _____

пальпация кезінде ауру сезімі (при пальпации болезненный): _____

Ішек перистальтикасы (Перистальтика кишечника):

жоғарылыған (повышена);

төмендеген (снижена);

ж о қ

(о т с у т с т в у е т)

Бауыры (Печень):

кабырға доғасы қырынан ____ см. ұлғайған (увеличена на ____ см. из под края реберной дуги);

кабырға доғасы қырынан ____ см. кішірейген(уменьшена ____ см. от края реберной дуги)

пальпация кезінде ауырсыну(при пальпации болезненна)

Консистенция:

жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)

ка лың эластикалы (плотная эластичная)

Өт қабығы (Желчный пузырь): қабықты симптом (пузырные симптомы)

теріс (отрицательные);

о ң

(п о л о ж и т е л ь н ы е) _____

Көкбауыр (Селезенка):

ұлғайған (увеличена) _____ * _____ см. _____

пальпация кезінде ауырсыну(припальпацииболезненна)

Консистенция:

жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)

калың	эластикалы	(плотная	эластичная)
Дәрегі (Стул):			
<input type="checkbox"/>			
диарея;			
<input type="checkbox"/>			
іш қату (запоры);			
<input type="checkbox"/>			
кара	майлы	нәжіс	(дегтеобразный стул);
Баска (Другое):			
З ә р		ш ы ғ а р у ж ү й е с і	
(мочевыделительная система)			
<input type="checkbox"/>			
ЗШЖ ақаусыз (зәр шығаруы еркін, түсі мөлдір, соққылау симптомы теріс)			
МВС без патологии (мочеиспускание свободное, цвет мочи прозрачный, симптом поколачивания отрицательный)			
Зәр шығаруы (Мочеиспускание):			
<input type="checkbox"/>			
дизурия			
<input type="checkbox"/>			
ауырсынусыз (безболезненное);			
<input type="checkbox"/>			
ауырсынумен (болезненное)			
<input type="checkbox"/>			
зәр ұстамауы бар (есть недержание мочи)			
<input type="checkbox"/>			
б а с қ а		(д р .)	
Зәр түсі (Цвет мочи):			
<input type="checkbox"/>			
лайланған (мутная);			
<input type="checkbox"/>			
концентрленген (концентрированная);			
<input type="checkbox"/>			
түнбасымен (с осадком);			
<input type="checkbox"/>			
гематурия;			
<input type="checkbox"/>			
б а с қ а		(д р .)	
Оң соққылау симптомы (Симптом поколачивания положительный)			
<input type="checkbox"/>			
оң (справа)			
<input type="checkbox"/>			
сол (слева)			
<input type="checkbox"/>			
е к і		ж а қ т а (с о б е и х с т о р о н)	
Бүйрек, қуық, несепәғар нүктелерінің пальпациясы (Пальпация почек, моч.пузыря, мочеточниковых точек):			
<input type="checkbox"/>			
өткізілмеді (не проводилась)			
<input type="checkbox"/>			
ауырсынусыз (без боли);			
<input type="checkbox"/>			

а у ы р с ы н у ы м е н

(б о л е з н е н н а) :

Баска (Другое):

S t a t u s g e n i t a l i s

(Акушерлік статус/Акушерский статус)* қажеттілігі бойынша (по необходимости)

Жатыр түбі биіктігі (Высота ДнаМатки): _____ см. Пікіріңіз (Комментарии): _____

Іші (Живот)

овоидты (овоидной);

дөңгелек (округлой);

б а с к а (д р .) _____

ф о р м а л ы

(ф о р м ы)

Жатыр тонусы (Тонус матки):

қалыпты (норма);

толғақты (схватки) _____

Ұрық орналасуы (Положение плода):

бойлық (продольное);

қиғаш (косое);

көлденең (поперечное);

Келе жатқан бөлігі (Предлежащая часть): _____

Ұрық жүрек соғысы (Сердцебиение плода):

айқын (ясное);

тұйық (приглушенное);

қатаң (глухое);

жок (отсутствует);

ырғақты (ритмичное);

ы р ғ а қ т ы

е м е с

(н е р и т м и ч н о е)

Ұрық қозғалысы (Шевеление плода):

белсенді (активное);

әлсіз (слабое);

жок (отсутствует)

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы):

өзгеріссіз (без изменений);

өзгерген

(изменены): _____

Айнамен қарау (Осмотр в зеркалах):

өткізілмеген

(не

проводился)

Шырыштары (Слизистая)

қалыпты (норма);

басқа

(др.) _____

Жатыр мойны (Шейка матки)

эрозияланған (эрозирована);

эрозияланбаған (не эрозирована);

б а с қ а

(др.) _____

Бөлінділер (Выделения)

шырыш (слизистые)

ақ етеккір (бели)

сулы (водянистые)

қанды (кровянистые)

б а с қ а

(д р .) _____

PV:Қынап (Влагалище)

туғандікі (рожавшей);

тумағандікі (нерожавшей);

өзгерістер

(изменения): _____

Жатыр мойны (Шейка матки)

сакталған (сохранена);

жұмсарған (размягчена);

қысқарған (укорочена);

тегістелген

(сглажена);

Жатыр аузының ашылуы (Открытие маточного зева на) _____ см.

Жатыр мойнының орналасуы (Шейка маткирасположена):

артында (кзади);

алдында (кпереди)

жамбастың өткізілген осімен (по проводной оси таза)
 Жатыр мойның ұзындығы (Длина шейки матки): _____ см.
 Цервикальді өзек (Цервикальный канал):

жабық (сомкнут);

өткізіледі (проходим) _____ см.
 Ұрық көпіршігі (Плодный пузырь):

тұтас (цел);

анықталмайды (не определяется)

Келетін бөлігі (Предлежащая часть):

бас (головка);

жамбас (тазовый конец)

басқа (др.): _____

Statuslocalis * қажеттілігі бойынша (по необходимости)

З е р т т е у н ә т и ж е л е р і
 (результаты обследования)

Қан (Кровь):

қан тобы (группа крови) _____ ;

Rh-фактор _____

резус-фактор бойынша антиденелер (антитела по резус-фактору) _____ ;

Адам иммундық тапшылығы вирус (вирус иммунного дефицита человека) _____

Қанның жалпы талдауы (Общий анализ крови) _____

биохимия: _____

коагулограмма _____

Өтінім мақсаты (Цель заявки):

Консультация;

Операция;

Биоматериал тасымалдау (Транспортировка биоматериалов);

Науқас тасымалдау (Транспортировка пациента)

Ұшақпен/тікұшақпен тасымалдау ғана науқастың немесе туысының ақпараттандырылған келісімі алынды (Информированное согласие пациента или родственника/опекуна на транспортировку воздушным судном взято):

ия (да);

ж о қ (н е т)

Өтінім негіздемесі (Обоснование заявки): _____

Дәрігердің тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы врача): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер): _____

Мекеме басшысының тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы руководителя организации): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер): _____

Мекеме мөрінің орны
(Место печати организации)

(при наличии/ болған жағдайда)

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 9
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

№ п/п	Күні / дата	Өтінім №/ № заявки	Бөлімше / отделение	Науқастың а у р у тарихының № / № истории болезни пациента	Науқастың аты-жөні/ Ф И О пациента (болған жағдайда), қолы/при его наличии)	Емдеуші дәрігердің аты-жөні/ Ф И О лечащего врача(болған жағдайда), қолы/при его наличии)	Тағайындалған цитостатиктің атауы (халықаралық патенттелмеген атауы), мөлшері/ Наименование назначаемого цитостатика (международное непатентованное наименование), доза
1	2	3	4	5	6	7	8

Цитостатикалық дәрілік заттарды орталықтандырылған еріту кабинеті медицина қызметкерлері № 2;3;4 ұяшықтары нтолтырады. Бас мейірбике клиникалық бөлімшеден дәрігерлердің барлық өтініштерін жинайды, клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтініштер үшін тіркеу журналында тіркейді (клиникалық бөлімшенің бас мейірбикесі № 4 ұяшықтан басқа барлық ұяшықтарды толтырады, № 3 ұяшық еріткеннен кейін толтырылады) және цитостатиктерді тіркеу орталықтандырған кабинетке тапсырады

Медицинские работники кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств заполняют ячейки №2;3;4. Старшая медицинская сестра клинического подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении (ст. медсестра клинического подразделения заполняет все ячейки кроме №4, ячейка №3 заполняется после разведения) и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков.

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 10
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы.
Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толықтай)

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

2. Жынысы/Пол _____

3. Туған күні /Дата рождения (дд/мм/гг) _____

4. ЖСН/ИИН _____

5. Шығарылған ел/Страна происхождения _____

6. Қазақстан Республикасына соңғы келген күні/Дата последнего въезда в
Р е с п у б л и к у К а з а х с т а н

7. Қазақстан Республикасына кіретін мақсаты/Цель въезда в Республику
Казахстан

8. Мекен жайы/Адрес проживания _____

9. Байланыс телефоны/Контактный телефон _____

(Т.А.Ә.(болған жағдайда) және жіберу маман лауазымы/ Ф.И.О.(при его
наличии) и должность направившего специалиста)

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 11
к приказу Министра
здравоохранения

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген №051-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 051-1 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии

1. Сәулелендіру терапиясы аппаратында науқастарды сәулелендірудің тіркеу журналы/Журнал регистрации облучения больных на аппарате лучевой терапии

1)

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	ID код 2)	Бөлімше	Жергілікті оқшаулау	Сәулелену түрі 3)	Аландар саны	Дәрігер	Ауысым Мейірби
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинской карты стационарного больного	ID код 2)	Отделение	Локализация	В и д излучения ³⁾	Количество полей	Врач	Медицин сестра см

Ескерту/Примечания:

1) Мұқаба мен негізгі бетінде аппараттың түрі көрсетіледі, мысалы: TrueBeam сызықтық үдеткіші, Teragam гамма-аппараты, Gamma Med. брахитерапевтикалық аппараты, Gulmay рентгенотерапевтикалық аппараты/На обложке и титульном листе указывается тип аппарата, например: линейный ускоритель TrueBeam, гамма-аппарат Teragam, брахитерапевтический аппарат GammaMed. рентгенотерапевтический аппарат Gulmay.

2) Науқастардың электронды ақпараттық жүйесін тіркелген жағдайда науқастың ID коды жазылады/ID код больного записывается при наличии электронной информационной системы регистрации больных.

3) Гамма-терапевтикалық және рентгенотерапевтикалық аппараттар үшін, сонымен қатар сәулелендірудің бір түрі ғана бар үдеткіші үшін "Сәулелендіру түрі" бағанын қоспаса болады/Для гамма-терапевтических и рентгенотерапевтических аппаратов, а также ускорителей с одним видом излучения графу "Вид излучения" можно не включать.

Науқастың нөмірі сол күні жүргізіледі/Нумерация больных ведется за текущий день.

2. Сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналы/Журнал регистрации планов лучевой терапии

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	ID код	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Жергілікті оқшаулау	Аппарат	Метод ЛТ ¹⁾	Алаңдар саны	Апп, РО;
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	ID код	№ медицинской карты стационарного больного	Отделение	Локализация	Аппарат	Метод ЛТ ¹⁾	Количество полей	Апп, РО;

Ескерту/Примечания:

1)"Тәсіл" бағанында жоғарытехнологиялық терапияның тәсілі көрсетіледі: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS./ В графе "Метод" указывается метод высокотехнологичной терапии: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS.

2)Брахитерапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады/ Заполняется при планировании брахитерапии

3) Жоғарытехнологиялық терапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады: IMRT, RapidArc, SRS. Үдеткіште дозиметриялық верификация жоспарының әдісі мен нәтижесі көрсетіледі/ Заполняется при планировании высокотехнологичной терапии: IMRT, RapidArc, SRS. Указывается метод и результат дозиметрической верификации плана на ускорителе.

4) ФИО медицинского физика.

3. Алдын-ала сәулелік топомерикалық дайындықтан өткен (центрация) науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных, прошедших предлучевую топометрическую подготовку (центрацию)

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Диагноз	Бірінші./ екінші	Аппарат	Дәрігер консультант
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинская карта стац. больного	Отделение	Диагноз	Первичный / повторный	Аппарат	В р а ч консультант

Ескерту/ Примечания:

Егер алдын-ала сәулулік дайындықты топометрист-дәрігер өткізсе, қосымша бағананы енгізу керек/ Если предлучевую подготовку проводит врач-топометрист, то необходимо вставить дополнительную графу.

Негіздеме. Сәулелендіру терапиясын өткізу барысы негізгі үш кезеңнен тұрады: алдын-ала сәулелік топометриялық дайындық, сәулелендіру терапиясы дозиметриялық жоспарды есептеу, сәулелендіру терапиясы аппаратында сәулелендіру орындау. Жоғарыда берілген үлгісі бар әрбір кезең үшін жеке тіркеу журналдары жүргізілуі тиіс. Аппараттарда науқастарды сәулелендіруді тіркеу журналы мен сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналын жүргізу " Қазақстан Республикасы халқына онкологиялық көмек көрсетуін ұйымдастыру стандартынан" тапсырыс берілді, № 452, 02 тамыз 2013ж. ҚР Денсаулық сақтау Министрлігімен бекітілді.

Сәулелендіру терапиясы белгеленген науқастарға алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындықты өткізу есебі үшін және сәулелендіру терапиясын жоспарлау бойынша жұмыс есебі үшін бөлек журналдар болуы тиіс, себебі бұл әр түрлі персоналы бар екі бөлек жұмыс түрі. Алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындық топометрия (центрация) кабинеттерінде рентгендік симуляторлар мен компьютерлік томографтарда жүргізіледі. Жүргізуде дәрігерлер мен мейірбикелер қатысады. Сәулелендіру терапиясының есептеу жоспарларын медициналық физиктер жоспарлаудың компьютерлік жүйелерінде немесе қолдан есептеу жасайды. Жоспарлау деректерін медициналық физиктер жоспарларды тіркеу журналына енгізеді. Сәулелендіру терапиясының қандай әдісі қолданылды, сәулелендіру терапиясының кез-келген түрін өткізу бойынша есеп пен алдағы статистика үшін тіркеу жасау өтек маңызды. Модульдік қарқындылығы бар сәулелендіру терапиясын және стереотаксикалық сәулелендіру терапиясын (IMRT, RapidArc, SRS) өткізу барысында жоспардың дозиметриялық верификациясын жүргізу маңызды. Оны да медициналық физиктер жүргізіп журналға тіркейді. Журналда керекті деректерді тіркеу үшін сәйкес бағаналар қарастырылады.

Обоснование. Процесс проведения лучевой терапии складывается из трех основных этапов: предлучевая топометрическая подготовка, расчет дозиметрического плана лучевой терапии, выполнение облучения на аппаратах лучевой терапии. Для каждого этапа должны вестись свои регистрационные журналы, формы которых предложены выше. Ведение журналов регистрации облучения больных на аппаратах и журналов регистрации планов лучевой терапии предписано "Стандартом организации оказания онкологической помощи населению республики Казахстан", утв. приказом МЗ РК от 02 августа 2013 г., № 452.

Для учета проведения предлучевой топометрической подготовки больным, которым назначена лучевая терапия, и учета работы по планированию лучевой терапии должны быть отдельные журналы, так как это различные виды работ, в которых занят различный персонал. Предлучевая топометрическая подготовка проводится в кабинетах топометрии (центрации) на рентгеновских симуляторах и компьютерных томографах, в проведении участвуют врачи и медсестры. Расчет планов лучевой терапии выполняют медицинские физики на компьютеризованных системах планирования или ручным расчетом, данные планирования физики вносят в журнал регистрации планов. Для дальнейшей статистики и отчетов по проведению различных видов лучевой терапии важно регистрировать, какой метод лучевой терапии используется. При проведении лучевой терапии с модулированной интенсивностью и стереотаксической лучевой терапии (IMRT, RapidArc, SRS) обязательно проведение дозиметрической верификации планов, которую проводят и регистрируют в журнале также медицинские физики. Для регистрации необходимых данных в журнале предусмотрены соответствующие графы.

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 12
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 088-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Пациенті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
м е д и ц и н а л ы қ б ө л і г і
20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____
М е д и ц и н с к а я ч а с т ь
индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида

1). Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2) ЖСН/ИИН _____

3) Туған күні _____ жылы _____

Дата рождения

4) Мекенжайы, үй телефоны _____

—
Адрес, домашний телефон

5) ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету) (керекті асты сызылсын)

ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужное подчеркнуть)

6) Мүгедектік санаты (болған кезде) _____

—
Категория инвалидности (при наличии)

7) Оңалту диагноз _____

—
Реабилитационный диагноз

8) Аурулардың халықаралық жіктемесі (бұдан әрі АХЖ-10) бойынша шифр _

Шифр по Международной классификации болезней (далее МКБ-10

9) Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (керекті асты сызылсын):

Этап и объем медицинской реабилитации (нужно подчеркнуть)

10) кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – "Оңалту II А", "Оңалту II Б", үшінші кезең – "Амбулаторлық оңалту II", қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)

(этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) второй этап - "Реабилитация II А", "Реабилитация II Б", третий этап - "Амбулаторная реабилитация II", дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и детей), повторная (для детей))

11) кезең – басқа бейіндегі науқастарды оңалту үшін екінші кезең (стационарлық), үшінші кезең (амбулаториялық)

(этап - для реабилитации больных других профилей второй этап (стационарный), третий этап (амбулаторный))

12) Білімі _____

Образование

13) Кәсібі (мамандығы) _____

Профессия (специальность) _____

14) Оңалту-сараптамалық қорытынды:

Реабилитационно-экспертное заключение:

15) басқа бейіндер үшін оңалту болжамы (қолайлы, тиісінше қолайлы, күмәнді, қолайсыз (асты сызылсын));

(для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный (подчеркнуть)));

оңалту әлеуеті: жоғары, қанағаттанарлық, төмен, оңалту әлеуетінің болмауы (асты сызылсын);

(реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие реабилитационного потенциала (подчеркнуть));

16) оңалту болжамы және оңалту әлеуеті аурулар (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндер) үшін халықаралық критерийлерге сәйкес

(для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	Бейіндер Профили	Оңалтуға дейін До реабилитации	Оңалтудан кейін После реабилитации	Нәтижелерді бағалау Оценка результатов
1.	Неврология, нейрохирургия Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травматология, ортопедия Травматология, ортопедия			

17) Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар*

Мероприятия по медицинской реабилитации*

р Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар мен / қы з м е т е р с Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации	Медициналық оңалту мерзімдері С р о к и медицинской реабилитации	Орындалғаны туралы белгі (+, -) Отметка об исполнении (+, -)	Орындамау себебінің негіздемесі Обоснование причин не выполнения
	Медициналық оңалту күні, ұзақтығы, жүргізген ұйым (көрсетілсін) Дата, длительность		

		, организация проведения медицинской реабилитации (указать)		
1	Дәрі-дәрмекті терапия Физикалық оңалту Физиотерапия Психокоррекция кызметкер консультациясы р а б о т н и к а Пациентті оқыту	Медикаментозная терапия Физическая реабилитация Физиотерапия Психотүзету Эрготерапия Эрготерапия Әлеуметтік Консультация социального		
2	Реконструктивті Реконструктивная хирургия	хирургия		
3	Қосымша қызметтер Дополнительные услуги (вписать)	(енгізу керек)		

Ескертпе: * - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы толтырады

Примечание: * - заполняет профильный специалист мультидисциплинарной команды

18) Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша ұсыным*

Рекомендации по медико-социальной реабилитации*

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар Мероприятия, услуги, технические средства	Өткізу мерзімдері (іске асыратын ай және жыл) Сроки проведения (месяц и год реализации)	Пациент мұқтаж ететін нақты түрлері Конкретные виды, в которых нуждается пациент
Протездеу және ортездеу Протезирование и ортезирование		
Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
Санаторлық емдеу (бейіні көрсетілсін) Санаторное лечение (указать профиль)		
Пациентті үй жағдайларында оңалту әдістеріне оқыту Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
Б а с қ а л а р ы Другие		

Ескертпе:* - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы/ медициналық реабилитолог толтырады

Примечание:* - заполняет профильный специалист/медицинский реабилитолог мультидисциплинарной команды

19) Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (кажетінің асты сызылсын):
(Оценка результатов медицинской реабилитации (нужное подчеркнуть)):

20) бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), алынған нәтижелердің негізінде оң нәтиженің болмауы (восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата) на основании полученных результатов

Күні 20 __ жылғы " ____ " _____

Дата

МДТ басшысының электрондық цифрлық қолтаңбасымен (бұдан әрі ЭЦҚ) куәландырылды _____

Удостоверено электронная цифровая подпись (далее ЭЦП) руководителем МДК (Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

_____ или дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ-сымен куәландырылды

_____ Удостоверено ЭЦП председателя врачебно-консультационная комиссия (Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

21) ОЖБ медициналық бөлігін іске асырудың нәтижелерін бағалау (асты сызылсын):

бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара),

бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), оң нәтиженің болмауы

(Оценка результатов реализации медицинской части индивидуальная программа реабилитации (ИПР) (подчеркнуть):

восстановление нарушенных функций (полное или частичное),

компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата).

Медициналық-әлеуметтік сараптама (МӘС) бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды

_____ Удостоверено ЭЦП руководителя отдела Медико-социальная экспертиза (МСЭ)

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электрондық түрде толтырылады.

ОЖБ медициналық бөлігін электрондық түрде толтыру кезінде автоматтандырылған режимде ақпараттық жүйеде қалыптастырылатын бірегей нөмір беріледі.

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде.

Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 13
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 090-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ағзалар (ағзалардың бөліктері) реципиенті туралы хабарлама
И з в е щ е н и е

о реципиенте органа (части органа)

Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)

Регистрационный медицинский номер (РМН)

Мәлімдеме (Извещение направлено в) _____

_____)(облыстар, Астана
ж ә н е Алматы

қ.Денсаулық сақтау басқармаларының атауларын көрсету)

(указать наименование Управления здравоохранения области, гг. Астаны и Алматы

1) Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

_____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

_____ баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

2) Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

сериясы (серия) _____, № _____

3) Туған күні (Дата рождения): / ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

4) Толық жасы (Возраст полных лет) ____ 05. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской), 2 – әйел (женский)

6) Ұлты (Национальность) _____

7) Тұрғыны (Житель): 1 – қаланың (города), 2 – ауылдың (села).

8) Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): _____ облысы

(область), ауданы (район) _____, елді мекен (населенный пункт) _____ көше (улица) _____, № ____ үй (дом), № _____

пәтер (квартира), телефон _____

9) Кәсібі (Профессия): _____

10) Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): 1-қызметкер (служащий); 2-жұмысшы

(рабочий); 3-ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства); 4-зейнеткер

(пенсионер); 5-оқушы (учащийся); 6-үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); 7-жеке

шаруамен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); 8-табынұшы

(служитель культа); 9-жұмыссыз (безработный); 10-басқа (иное).

11) Ағзаны (ағза бөлігін) транспланттау жасалған күні (Дата выполнения трансплантации

органа (части органа): / ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж(чч/мм/гггг)

12) Диагнозы қойылған күн (Шығарылған күні): (Дата выписки): / ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж

(чч/мм/гггг)

13) Диагнозы: _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

14) Мәлімдеме толтырылды (Извещение заполнено в): _____ (наименование

центра трансплантации, адрес, телефон заведующего отделением трансплантологии).

15) Науқас қайда жіберілді (Куда направлен больной): _____ (наименование первичной медико-санитарной помощи по месту прикрепления, адрес) (далее ПМСП)

16) (Дата заполнения извещения):/___/___/___ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг). 17 М.П. Центра трансплантации.

18) Мәлімдемені толтырған дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) қолы мен жеке мөрі (ФИО, (при его наличии))

подпись заведующего отделением трансплантологии или лица, его заменяющего, ФИО (при его наличии)и подпись лечащего врача, заполнившего извещение) _____

— — — — —
М.П. (болған жағдайда/при его наличии)

Инструкция по заполнению извещения.

1) Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в Управление здравоохранения области, гг. Астаны и Алматы, где проживает реципиент органа (части органа).

2) Далее главный специалист Управления здравоохранения, в течении 1 рабочего дня, отправляет извещение в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента.

3) Извещение составляется лечащим врачом – трансплантологом центра трансплантации и заверяется печатью центра.

4) п.п.1-6 заполняются в соответствии с документом, удостоверяющем личность.

5) п.11 проставляется дата проведения трансплантации органа (части органа).

6) п.12 проставляется дата выписки из Центра трансплантации.

7) п.13 указывается диагноз в соответствии с кодом международной классификации болезней (далее МКБ-10).

8) п.14 указывается полное наименование Центра трансплантации, адрес и телефон заведующего отделением трансплантологии.

9) п.15 указывается полное наименование организации ПМСП и адрес.

10) п.16 проставляется дата заполнения извещения.

11) п.17 ставится печать Центра трансплантации.

12) п.18 указывается полностью ФИО, подпись заведующего отделением трансплантологии

или лица, его заменяющего, ФИО и подпись лечащего врача, заполнившего извещение.

Мәлімдеме толтыру бойынша нұсқау.

1) Мәлімдеме ағза (ағза бөлігінің) реципиентінің тұратын орны бойынша, А с т а н а
о б л ы с т а р ,
мен Алматы ққ. Денсаулық сақтау басқармаларында толтырылғаннан кейін үш
к ү н д і к
мерзімде жіберіледі.

2) Әрі қарай Денсаулық сақтау басқармасының бас маманы, 1 жұмыс күн
і ш і н д е п а ц и е н т т і ң
тіркелген орны бойынша МСАК ұйымына мәлімдеме жібереді.

3) Мәлімдеме емдеуші дәрігермен – транспланттау орталығының
т р а н с п л а н т о л о г ы м е н
толтырылады және орталықтың мөрімен расталады.

4) 1-6 т.т. тиісті құжат, жеке куәлікпен толтырылады.

5) 11 т.ағзаны (ағза бөлігін) транспланттау жасалатын күні қойылады.

6) 12 т.транспланттау орталығыныңшыққан күні қойылады.

7) 13 т. аурулардың халықаралық жіктемесі диагноз кодына сәйкес
көрсетіледі (бұдан әрі АХЖ-10)

8) 14 т. Транспланттау орталығының толық атауы, мекенжайы және
т р а н с п л а н т о л о г и я
бөлімшесі меңгерушісінің телефоны көрсетіледі.

9) 15 т. МСАК ұйымының толық атауы және мекенжайы көрсетіледі.

10) 16 т. Мәлімдемені толтыру күні көрсетіледі.

11) 17 т. Транспланттау орталығының мөрі қойылады.

12) 18 т. Мәлімдемені толтырған Трансплантология бөлімшесі
м е ң г е р у ш і с і н і ң Т О Л ы қ
ТАӘ(болған жағдайда) немесе оның ауыстыратын тұлғаның толық ТАӘ(болған
жағдайда) көрсетіледі.

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 14
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____	А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ _ _ _ Код организации по БИН _____ _____
-------------------------	---	-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы №
анықтамa
С п р а в к а № _ _ _

о временной нетрудоспособ

Босату себептері: 1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда ө санаторийлық-курорттық ұйымдарда емді аяқтау, 4. ұлды (қызды) асырап алу, 5. сырқаттанған күтім жасау бойынша, 6. карантиндық, 7. ауысымның соңына дейін еңбекке жарамсыздық белгілер кезде (кәсіпорындардың және ұйымдардың медициналық пунктерінің медицина қызметкерлері (к е р е г і н ің а с т ы н с ы з ы ң ы з)

Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопеди протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организа усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за больным родственн карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медици работниками медицинских пунктов предприятий и организаци (н у ж н о е п о д ч е р к)

Берілген күні (Дата выдачи) 20__жылғы (года) "___" _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его нал

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Анықтаманың бақылау талоны Контрольный талон к справке № _____

Науқастың мекенжайы (Адрес больного): облысы (область) _____

елді мекен (населенный пункт) _____

Ауданы (район) _____ көшесі (орамы) (улица) _____

дом №) _____ корпус _____ пәтер (квартира) № _____

Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы) _____

Берілген күні (Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

Дата выдачи) Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (_____

болған жағдайда)/

Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жoқ, иә, қандай науқас (Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)) _____

Фамилия, имя,
отчество (при
его наличии)

астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, в

Жұмыстан босатылуы (освобождение от работы)

қай күннен бастап с какого числа	қай күн аралығында по какое число (включительно)	дәрігердің лауазымы мен тегі (должность и фамилия врача)	дәрігердің қолы (подпись врача)	Дәрігерлік консультация комиссия (ДКК) төрағасы (подпись председателя врачебно-консультационной комиссии (ВКК))
----------------------------------	--	--	---------------------------------	---

ЖСН/ИИН

айы, күні, жылы айы, күні жаз
(число, месяц, год) (число, месяц про

Туған күні (Дата рождения)

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша
(число, месяц, год) (число, месяц про

Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы)

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша
(число, месяц, год) (число, месяц прописью)
Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) (с) 20 жылғы (года) бастап

Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения))

Босатылды (Освобожден) бастап (с) (по)

аралығында

Босатылуы ұйымның

ұзартылды (Освобождение продлено):
бастап (с)_____

_____ (по)_____

аралығында
Анықтаманы берген дәрігердің тегі (Фамилия
врача,
выдающего справку)_____

Ескерту (Примечание):

Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет (Контрольные талоны служат для учета выданных справок).

1	2	пострадавшего (Ф.И.О., должность)	отчество (при его наличии)	3	4	адрес, тел. (дом., моб.)	Место работы должность	аварийной ситуации	шаралар Обстоятельства, что сделано
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

продолжение таблицы

Болжалды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу) Дан ные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері			В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі	Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші	Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначение)	Ескерту Примечания
	Апат жағдайында	Бір айдан кейін	Үш айдан кейін					
	Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего	При аварийной ситуации	Через один месяц.	Через три месяца				
11	12	13	14	15	16	17		

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына
косымша парак
Вкладной лист к журналу
регистрации аварийных ситуаций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным
м а т е р и а л о м

Ықтималды жұқпаланған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

ТАӘ ФИО ЖСН/ИИН:	(болған при его наличии):	Адрес (рабочий): Жұмыс мекенжайы: Адрес (домашний): Үй мекенжайы:
Дата Туған жылы:	рождения:	Пол: Жынысы:
Дата/время Байланыс күні/уақыты:	контакта:	Где произошел контакт: Байланыс қайда болды:
Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание): Байланыс сипаты (мысалы, инемен шаншу, жаралану, шашырау)		Должность: Лауазымы: Стаж работы: Еңбек өтілі:

Толтырған күні " _____ " _____ 2015ж.

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына
косымша парак
Вкладной лист к журналу
регистрации аварийных ситуаций

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге
а қ п а р а т т ы к е л і с і м
б л а н к і
Б л а н к

информированного согласия на проведение постконтактной профилактики
ВИЧ-инфекции

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған
препараттарды: _____ ұсынымдарға негізделген _____
_____ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану
қажеттігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____
предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной
на рекомендациях _____

и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих
препаратов.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны
туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет
менее 100%.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы,
әлсіздік, жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы
хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные
эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы,
маған жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару
керектігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом
препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к
моему лечащему врачу для обследования и лечения.

Күні (Дата) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись) _____

Факультет (Жоғары оқу орны, Дәрігерлер білімін жетілдіру институты, бұдан
ә р і Ж О О , Д Ж И)
Факультет (Высшего учебного заведения, Институт усовершенствования врачей,
далее ВУЗ, ИУВа)

1) Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год),
п о л _____

2) Туылған жері/Место рождения _____

(страна, в Казахстане область, обл.центр)

3) Ұлты/Национальность _____

4) ЖОО, бітірген жыл/ВУЗ, год окончания _____

5) Факультеті/Факультет _____

6) Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____
_____ ж . / _____ с т а ж
работы по ней с _____ г.

7) Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает _____

_____ осы бойынша жұмыс
ө т і л і _____
_____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

8) Қызметі/ Занимаемая должность _____

_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____
_____ ж . / _____ с т а ж
работы по ней с _____ г.

9) Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий
м е д и ц и н с к и й
(фармацевтический) стаж с _____ г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____ лет

10) Педагогикалық (ғылыми) өтілі _____ ж./ Педагогический (научный) стаж с _____ г.

Педагогикалық (ғылыми) өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв педагогич. (научного) стажа составил _____ лет

11) Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность _____

_____ ж./ _____ г.

12) Осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию " ____ " ____

_____ ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-а у д а р м а ; 5 -

конкурс бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2 -

удостоверение молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-и з б р а н и е п о

конкурсу; 6-договор (контракт) _____

13) Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

14) Мамандығы бойынша аспирантураны бітірді/Окончил аспирантуру по с п е ц и а л ь н о с т и

_____ в _____ ж./г.

15) Мамандығы бойынша докторантураны бітірді/Окончил докторантуру по специальности _____ в _____ ж./г.

16) Ординатура / Ординатура	Мамандығы/Специальность	Жылы/Год

17) Мамандығы/ Специализация	Мамандығы/Специальность	Жылы/Год

18) Жетілдіру / Усовершенствование

Түрі/Вид	Жылы/Год	Мамандығы/Специальность

19) Аттестаттау:/Аттестация:

I. Біліктілік санатын тағайындау үшін/На присвоение квалификационной категории

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

19) Ғылыми атақ/Ученое звание. Ғылым саласы/Отрасль науки. _____

_____ ж. _____ г.

20) Мамандандыру саласы (облыстық ғылыми және ұйымдастырушылық - басшылық қызметте)/Профиль специализации (в обл.научной и организационно - руководящей деятельности):

21) Жарияланым саны/Количество публикаций: а) барлығы/всего: _____, о н ы ң ішінде/в т.ч. республикалық баспада/в республиканской печати _____, ТМД/С Н Г _ _ _ _ _ , халықаралық/международной _____ б) өткен жылға/за истекший год: _____

22) Монографиялар, оқулықтар саны/Количество монографий, учебников: _____

23) Әдістемелік ұсыныстар саны/Количество методический рекомендаций: _____

24) Өнертабыстар, өнертабыстық ұсыныстар саны:/Количество изобретений, рацпредложений: _____

25) Аспиранттарды, ізденушілерді басқару:/Руководство аспирантами, соискателями:

а) Аспиранттар, ізденушілер, докторанттар саны:/Количество аспирантов, соискателей, докторантов: _____

б) Қанша ғылым докторлары дайындалды:/Сколько подготовлено докторов наук: _____

в) Қанша ғылым кандидаттары дайындалды:/Сколько подготовлено кандидатов наук: _____

26) Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна _____

ж ы л д а н

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

ж ы л д а н

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

ж ы л д а н

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

27) Қазақ тілін білуі ия жоқ (астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (астын сызу)
) ж ә н е
шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (подчеркнуть),
р у с с к о г о д а н е т
(подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно) _____

28) Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения _____

29) Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

30) Тұрғын үй жағдайлары/Жилищные условия _____

_____ тұрғын үйге кезекте тұруы (ия/жоқ)/состоит

л и в

очереди на жилье (да, нет) _____

31) Әскери есеп түрі/Вид воинского учета _____

Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения

_____ ж./г.

_____ ж./г.

32) Ұрыс қимылдарына, аварияларды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/
У ч а с т и е в
боевых действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий _____

33) Зейнетақы түрі/ Вид пенсии _____

Ұйым атауы, бөлімше түрі мен бейіні
Наименование организации, тип и профиль подразделения

1. Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год),
пол

2. Туылған жері/Место рождения _____

(страна, область)

3. Ұлты/Национальность _____

4. ЖОО, бітірген жыл/ВУЗ, год окончания _____

5. Факультеті/Факультет _____

6. Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому _____

_____ осы бойынша жұмыс
өтілі -----

ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7. Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает _____

_____ осы бойынша жұмыс
өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

8. Қызметі/ Занимаемая должность _____

_____ осы бойынша жұмыс
өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

9. Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий
м е д и ц и н с к и й

(фармацевтический) стаж с _____ г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____ лет

10. Педагогикалық (ғылыми) өтілі _____ ж./ Педагогический (научный)
стаж с _____ г.

Педагогикалық (ғылыми) өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв педагогич. (научного) стажа составил _____ лет

11. Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность _____
_____ ж./ _____ г.

12. осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию " ____ " ____

ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор (контракт) _____

13. Алдындағы жұмыс орнынан босатылу себебі және күні/Причина и дата увольнения с предыдущего места работы _____ ж./г.

14. Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

14.1. Мамандығы бойынша аспирантураны бітірді/Окончил аспирантуру по специальности _____ в _____ ж./г.

14.2. Мамандығы бойынша докторантураны бітірді/Окончил докторантуру по специальности _____ в _____ ж./г.

14.3. Ординатура/Ординатура

Мамандығы/специальность	Жылы/год

14.4. Мамандығы/Специализация

Мамандығы/специальность	Жылы/год

14.5. Жетілдіру/Усовершенствование

Түрі/Вид	Жылы/Год	Мамандығы/Специальность

15. Аттестаттау/Аттестация:

I. На присвоение квалификационной категории

а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения	Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жыл
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения

б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жыл

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жылы/год

16. Ғылыми атақ/Ученое звание. Ғылым саласы/Отрасль науки.

_____ ж. _____ г.

17. Мамандандыру саласы (облыстық ғылыми және ұйымдастырушылық - басшылық қызметте)/Профиль специализации (в области научной и организационно-руководящей деятельности):

18. Жарияланым саны/Количество публикаций: а) барлығы/всего: _____, оның ішінде / в том числе республикалық баспада/в республиканской печати _____, ТМД/СНГ _____ халықаралық/международной _____ б) өткен жылға/за истекший год: _____

19. Монографиялар, оқулықтар саны/Количество монографий, учебников: _____

20. Әдістемелік ұсыныстар саны/Количество методических рекомендаций: _____

21. Өнертабыстар, өнертабыстық ұсыныстар саны:/Количество изобретений, рацпредложений: _____

22. Аспиранттарды, ізденушілерді басқару:/Руководство аспирантами, соискателями:

а) Аспиранттар, ізденушілер, докторанттар саны:/Количество аспирантов, соискателей, докторантов: _____

б) Қанша ғылым докторлары дайындалды:/Сколько подготовлено докторов наук : _____

в) Қанша ғылым кандидаттары дайындалды:/Сколько подготовлено кандидатов наук : _____

23. Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна _____
жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____
жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____
жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

24. Қазақ тілін білуі ия жоқ (астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (астын сызу) және шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (подчеркнуть), русского да нет (подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно) _____

25. Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения _____

26. Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

27. Тұрғын үй жағдайлары/Жилищные условия _____

_____ тұрғын үйге кезекте тұруы (ия/жоқ)/состоит
л и в
очереди на жилье (да, нет) _____

28. Әскери есеп түрі/Вид воинского учета _____

29. Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения
_____ ж./г.
_____ ж./г.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

№ диплома

Ұйымның орналасқан жері (облысы, қала, аудан, ауыл)

Местонахождение организации (область, город, район, село)

Ұйым атауы, мемлекеттік, жеке (керекті астын сызу), бөлімше түрі мен бейіні
Наименование организации, государственная, частная (нужное подчеркнуть),
тип и профиль подразделения

1) Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год),
пол

2) Туылған жері/Место рождения _____

(страна, область)

3) Ұлты/Национальность _____

4) ССУЗ, государственное, частное (нужное подчеркнуть) год окончания _____

5) Факультеті (бөлімше)/Факультет (отделение) _____

6) Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому _____

_____ осы бойынша жұмыс

ө т і л і

ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7) Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает _____

_____ осы бойынша жұмыс

ө т і л і

_____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

8) Қызметі/ Занимаемая должность _____

_____ осы бойынша жұмыс

ө т і л і

_____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

9) Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий медицинский (фармацевтический) стаж с _____ г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____ лет

10) Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность _____ ж./ _____ г.

11) Осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию " ____ " _____ ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор (контракт) _____

12). Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

13)Мамандығы/Специализация

Мамандығы/ Специальность	Жылы/год	Өту орны/место прохождения

14) Жетілдіру/Усовершенствование

Түрі/вид	Жылы/год	Мамандығы/специальность	Өту орны/ место прохождения

15) Аттестаттау/Аттестация:

I. Біліктілік санатын тағайындау үшін/На присвоение квалификационной категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/ по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/ по другим специальностям			

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/ по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

	результат аттестации	специальность	год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

16) Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна _____

ж ы л д а н

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

ж ы л д а н

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

ел/страна _____

ж ы л д а н

_____ жыл аралығында/с _____ г по _____ г.

17) Қазақ тілін білуі ия жоқ (керекті астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (к е р е к т і а с т ы н

сызу) және шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (нужное подчеркнуть), русского да нет (нужное подчеркнуть) и иностранных языков (

в л а д е е т

свободно) _____

18) Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения _____

19) Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

20) Әскери есеп түрі/Вид воинского учета _____

21) Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения:

_____ ж./г.

_____ ж./г.

_____ ж./г.

_____ ж./г.

22) Ұрыс қимылдарына, аварияларды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/
У ч а с т и е в б о е в ы х
действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий _____

23). Зейнетақы түрі/ Вид пенсии _____

24) Резервте тұрған лауазым/ Должность, в резерве на которую состоит _____

Картаны толтыруға Подпись ответственного лица
жауапты тұлға қолтаңбасы за заполнение карты

(подпись/қолтаңба) (Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии))

“ ” _____ ж./г.

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 20
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы
Медицинская карта амбулаторного пациента
№ _____
немесе коды(или код)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ 3. Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский (подчеркнуть)) 4. Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (день, месяц, год)

5. Телефон _____ 6. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

үйінің, қызмет тел.(домашний, служебный)

7. Науқастың мекенжайы (Адрес места жительства больного): облыс (область) _____ елді мекен (населенный пункт) _____

— Ауданы (район) _____ көшесі (орамы) (улица (переулок)) _____

үй № (дом №) _____ корпус _____ пәтер (квартира) № _____

8. Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы) _____ бөлімше (отделение), цех _____

(өндірістің атауы мен сипаттамасы) (наименование и характер производства)

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____ Біреудің асырауындағы адам (иждивенец) _____

10. Қан тобы (Группа крови) _____ 11. Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____ 12. Аллергиялық реакциялар (Аллергические реакции) _____

13. "Емхананы таңдаумен келісемін" ("С выбором поликлиники согласен")

Пациенттің қолы (Подпись пациента) _____

0 2 5 / е н . а р т қ ы б е т і

разворот ф. 025/у

14. Мекенжайы мен жұмысының ауысуы (Изменение адреса места жительства и места работы) _____

— 15. Медициналық сақтандыру туралы деректер (Данные о медицинском страховании)

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

Сақтандыру түрі: міндетті, ерікті (керекті астын сызыңыз)(Вид страхования: обязательное, добровольное*(нужное подчеркнуть))

* Медициналық сақтандыру ерікті болған жағдайда сақтандыру компаниясының атын көрсетіңіз (При добровольном виде медицинского страхования

– указать название страховой компании)

16. Диспансерлік қадағалауға алынды (Взят(а) на диспансерное наблюдение)

Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Қандай себеппен По поводу	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета	Шығарылу себебі Причина снятия	Күні мекенжайы мен жұмысының ауысуы Дата изменения адреса места жительства и места работы	Ж а н а мекенжайы (жаңа жұмыс о р н ы) Новый адрес места жительства (новое место работы)

№ 0 2 5 / е н . 2 б е т і

стр.2 ф.№ 025/у

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Арнаулы мамандардың консультациясын есепке алуға арналған жыл сайынғы диспансерлеу парағы Лист ежегодной диспансеризации для учета консультаций узких специалистов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2		3	4

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Қорытынды (анықталған) диагноздарды жазу парағы Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2		3	4

стр. 3.4 ф. №025/у

Қаралған күні Дата посещения	Амбулаторияда , үйінде (жазыңыз) Амбулаторное, на дому (вписать)	Науқастың шағымы, объективті деректер, аурудың ағымы мен диагнозы, дәрігерлер мен кеңесшілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындалымдар мен еңбекке жарамсыздық парағы берілгені туралы белгілер Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности
1	2	3	4

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Онкотексеру парағы/Лист онкоосмотр

№	Ауыздықтау / Локализации	Нәтижесі (нөмірде-Н. Ауытқулар табылған жағдайда жазбалар кестеген тыс жазылады)/ Результат (в норме-Н. При выявленных отклонениях запись делается отдельно вне таблицы)	Өткен күні (2016 жыл)/ Дата прохождения (2016 год)	Өткен күні (2017 жыл)/ Дата прохождения (2017 год)	Өткен күні (2018 жыл)/ Дата прохождения (2018 год)	Өткен күні (20__ жыл)/ Дата прохождения (20__ год)
1	Ауыз қуысы/ Полость рта					
2	Тері/Кожные покровы					
3	Шеткі лимфалық түйіндер / Периферические лимфатические узлы					
4	Қалқанша безі / Щитовидная железа					
5	Сүт бездері (емшек бездері)/ Молочные железы (грудные железы)					
6	Жыныс мүшелері / Половые органы					
7	Тік ішек / Прямая кишка					

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына
ж а п с ы р м а п а р а қ
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента,
находящегося на диспансерном учете
С а т ы л ы қ э п и к р и з
Этапный эпикриз

1. Ауыруы(Болен с) _____ жылдан (года) бастап

2. Диспансерлік есепте (Состоит на диспансерном учете с) _____ жылдан (года) бастап тұр.

3. Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____
_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

4. Қосымша сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____
_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

5. Сырқатының биылғы ағымының сипаты мен диспансерлеудің тиімділігі:
(Характеристика течения заболевания в текущем году и эффективность диспансеризации):

а) ж а з ы л д ы (выздоровление)	1) ө р ш у (обострений не было)	б о л м а д ы
б) ж а қ с а р д ы (улучшение)	2) ө р ш і д і (қанша рет, (было обострение (указать сколько))	к ө р с е т і н і з
в) өз г е р і с с і з (без перемен)		
г) н а ш а р л а д ы (ухудшение)		
д) к ү р т н а ш а р л а д ы (резкое ухудшение)		
е) қ а й т ы с б о л д ы (смерть)		

6. Жақсаруының немесе нашарлауының себебі (Причины улучшения или ухудшения) _____

7. Жұмысқа орналасуы (ДКК, МӘСК арқылы, керекті астын сызып, жұмысқа орналасу сипатын жазыңыз)

(Трудоустройство (через ВКК, МСЭК, нужно подчеркнуть и вписать характер трудоустройства)) _____

8. Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности)

20 __ жылғы(года) _____ 20 __ жылғы(года) _____

20 __ жылғы(года) _____

9. Қосалқы сырқаттары салдарынан еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности по сопутствующему заболеванию) _____

Емдеу жүргізілді (Проведенное лечение) _____

1. Санаторийлік-курорттық емдеу(Санаторно-курортное лечение) _____

2. Стационарлық емдеу (Стационарное лечение) _____

3. Объективті деректер бойынша динамика (Динамика по объективным данным)

4. Басқа деректер (АКҚ профилі) (Прочие данные (профиль АД))

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) және қолы (Ф. И. О. (при его наличии) и подпись врача) _____

20 жылға – емдеу-профилактикалық іс-шараларының
ж о с п а р ы

П л а н

лечебно-профилактических мероприятий 20 __ года

Р/с №	Тексерулер және Наименование обследований и консультаций	Орындалу атауы мерзімі	
№			

п/п		Срок исполнения	Орындалуы Исполнено
1	2	3	4
1.	Белгіленетін тексеру және консультация: Намечаемые обследования и консультации:		
	Қан талдауы: клиникалық, холестерин, билирубин, белок және белок фракциялары, қант, протромбин, сиал қышқылы, с – реактивті белок, қалдық азот, фибриноген, трансаминазалар, амилаза; Анализ крови: клинический, холестерин, билирубин, белок и белковые фракции, сахар, протромбин, сиаловая кислота, С-реактивный белок, остаточный азот, фибриноген, трансаминазы, амилаза;		
	Зәр талдауы: жалпы, диастазаға, Зимницкий сынамаcы, өт пигменттеріне, к а н т қ а ; Анализ мочи: общий, на диастазу, проба Зимницкого, на желчные пигменты, сахар;		
	Қақырық талдауы: жалпы, демікпе элементтері, ВК, типсіз клеткалар, флораға, антибиотиктерге сезімталдығын анықтау; Анализ мокроты: общий, элементы астмы, ВК, атипичные клетки, флору, определение чувствительности к антибиотикам;		
	Нәжіс талдауы: жалпы, жасырын қанға; Анализ кала: общий, на скрытую кровь;		
	Асқазан сөлінің талдауы: фракциялармен, ұлтабарды сүңгімен зерттеу; Анализ желудочного сока: фракционно, дуоденальное зондирование		
	Р-скопия: өкпе, жүрек, асқазан, ішекті, холецистография; Р-скопия: легких, сердца, желудка, кишечника, холецистография		
	Өкпе R-графиясы, ЭКГ, ФКГ. Көз түбін зерттеу, ЛОР, тіс дәрігері, хирург, ревматолог, эндокринолог, терапия бөлімі менгерушісінің, невропатологтың, ЭКГ дәрігерінің, фтизиатрдің, онкологтың, рентгенологтың кеңесі. R-графия легких, ЭКГ, ФКГ. Исследование глазного дна, консультация ЛОР, стоматолога, хирурга, ревматолога, эндокринолога, заведующего терапевтическим отделением, невропатолога, врача ЭКГ, фтизиатра, онколога, рентгенолога.		
2.	Амбулаторлық және стационарлық емделуі (дәрі-дәрмекпен, оперативті, т.б.) курс ұз а қ т ы ғ ы , м ө л ш е р л е р і Амбулаторное и стационарное лечение (медикаментозное, оперативное и т.д.), длительность курса, дозы		
3.	Ауру қайталанбау үшін жүргізілетін ем, оның әдістемесі мен мерзімі Противорецидивное лечение, его методика и сроки		
4.	Ж ұ м ы с қ а о р н а л а с т ы р у Трудоустройство		
5.	Емдәмдық тағам, санаторийлік-курортлық емдеу (ұсынылған және тиым салынған тамақты көрсетіңіз, ұсынылған санаторлық емделу мен ф и з и о т е р а п и я , Е Д Ш) Диетическое питание и санаторно-курортное лечение (указать рекомендуемую и запрещаемую пищу, рекомендуемые виды санаторного лечения и физиотерапию, ЛФК)		
6.	Б а с қ а і с - ш а р а л а р Прочие мероприятия		

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____ .

1. КК – дәрігер-консультативтік комиссиясы

ВКК – врачебно-консультативная комиссия

2. МӘСК – медициналық-әлеуметтік сараптама комиссиясы

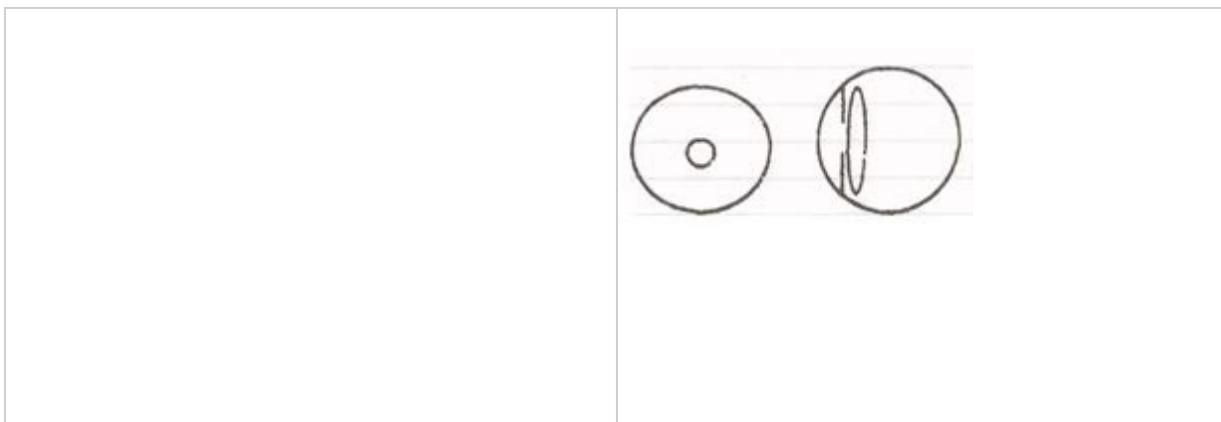
МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

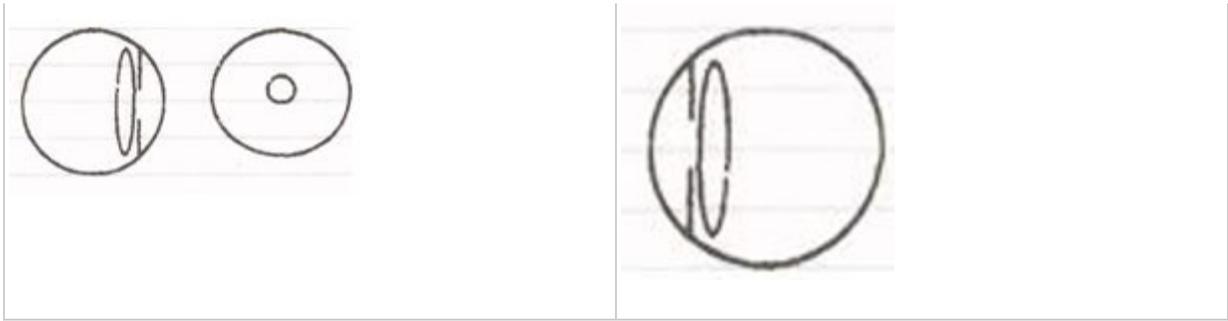
Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық науқастың № _____ медициналық картасының
ж а п с ы р м а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте № _____ амбулаторного больного
(офтальмологиялық бейінді медицина ұйымдары мен бөлімшелері үшін)
(для медицинских организаций и отделений офтальмологического профиля)

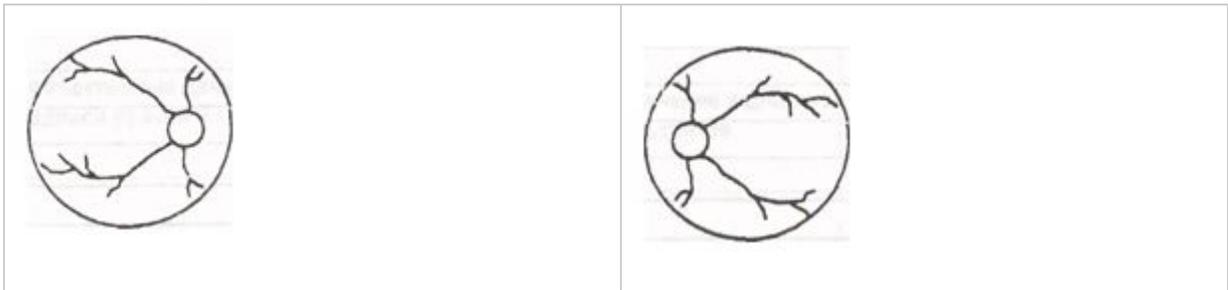
Шағым, ауруын анамнез _____
Ж а л о б ы , а н а м н е з з а б о л е в а н и я

OD	OS
К ө з д і ң Острота зрения	ө т к і р л і г і
С ы н у ы Рефракция	
К І Қ ВГД	
Қ о с а л қ ы Придаточный аппарат	а п п а р а т
А л д ы ң ғ ы Передний отрезок	к е с і н д і с і
С ы н у Преломляющие среды	о р т а с ы





1. КІҚ – көз ішінің қысымы
 ВГД –внутриглазное давление
 Көз түбі
 глазное дно



Диагнозы: _____

Диагноз

Қосымша деректер
 Дополнительные данные

Ұсыныстар:

Рекомендации:

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық пациентінің медициналық картасының жасөспірімнің
ж а п с ы р м а п а р а ғ ы
Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного пациента
Дата заполнения карты _____ 20__ года

№ или код	<input type="text"/>
	Юноша – бозбала Девушка – бойжеткен (астың сызыңыз) (подчеркнуть)

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его
наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Жынысы: ер, әйел (керекті астың сызыңыз) (Пол: мужской, женский (нужное
подчеркнуть))

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Жасөспірімнің мекенжайы (Адрес места жительства подростка) _____

Кәсіпорынның (оқу орнының) аты (Названия предприятия (учебного
заведения))

Кәсіпорынға (оқу орнына) түскен уақыты (Время поступления на предприятие (в учебное заведение)) _____

Кәсібі (Профессия) _____ Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Ата-анасының аурулары (туберкулез, алкоголизм, психикалық сырқаттар) (Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические расстройства)) _____

Өз отбасында, жатақханада тұрады (Живет в семье, общежитии) _____
тамақтануы(питание) _____

Жұмыс күнінің (Продолжительность рабочего дня) _____
кезектің (смены) ұзақтығы _____

Дене шынықтыру мен спортпен шұғылдануы (ұдайы, кездейсоқ) (Занятия физкультурой и спортом (систематические, случайные)) _____

Медициналық тексеру деректері

Данные медицинских обследований

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование

Салмағы	(Вес).....		
Бойы	(Рост).....		
Тұрғанда	(стоя)		
Отырғанда	(сидя).....		
Кеуде-шеңберінің	өлшемі		
(Окружностьгрудной	клетки).....		
дем алғанда	(вдох).....		
дем шығарғанда	(выдох).....		
аралықта	(пауза).....		
Жыныстық	дамуы		
(Половое	развитие).....		
Р	А х М а М е .		
Мүшелерінің	кемшілігі		
Физические	недостатки.....		
Субъективті	шағымдары		
Субъективные	жалобы.....		
Терісі, тері асты клетчаткасы, жылбысқы қабықтары			
Кожа, подкожная клетчатка и слизистые			
Сүйек-бұлшық	ет жүйесі		
Костно-мышечная система			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Лимфа бездері			
Лимфатические железы			
Ауыз қуысы			
Полость рта			
Ас қорыту ағзалары			
Органы пищеварения			
Тыныс алу ағзалары			
Органы дыхания			
Қан айналу ағзалары (қан қысымы)			
Органы кровообращения (кровяное давление)			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Несеп-жыныс ағзалары			
Мочеполовые органы			
Эндокриндік жүйе			
Эндокринная система			
Жүйке жүйесі			
Нервная система			
Психика			

Көру Органы зрения	ағзалары		
Жоғарғы тыныс жолдары мен есту ағзалары			
Верхние дыхательные пути и органы слуха			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Флюорография және рентгенологиялық зерттеу деректері Данные флюорографии и рентгенологических исследований			
Пирке реакциясы Реакция Пирке			
Манту реакциясы Реакция Манту			
Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования			
Диагноз			
Дене шынықтыру сабағына жіберілді (тобы) Допущен к занятиям по физкультуре(группа)			
Дәрігердің тағайындалымдары Назначения врача			
Дәрігердің қолы Подпись врача			

Сауықтыру шаралары

Оздоровительные мероприятия

(санаторийге, демалыс үйіне жіберу, емдәм тағамдарын берілуі, басқа жұмысқа ауыстырылуы және сауықтыру іс-шараларының басқа түрлері) (направление в санатории, дома отдыха, представление диетпитания, перевод на другую работу и прочие виды оздоровительных мероприятий)

Іс-шаралардың атауы Название мероприятий	КҮНІ ДАТА	
	тағайындаулар (назначения)	орындалуы (выполнения)
1- тексерілуі (1-е обследование)		
2- тексерілуі (2-е обследование)		
3- тексерілуі (3-е обследование)		

**Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного больного**

Екпе қабылдаушының (ата-ана) ақпараттық келісімі
Информированное согласие

--	--	--

Екпе күні Дата прививки	Түсіндіру күні Дата разъяснения	Келісемін/келіспеймін (астын сызу) Согласен/не согласен (подчеркнуть)

Ата-ана/қамқоршы Подпись родителя/опекуна	қолы	Ескерту Примечание

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің*
 Қосымша парағы
 Вкладной лист
 учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Р/с № № п/п	Күні Дата	Зерттеу түрі Вид исследования	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (мЗв) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (мЗв)

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
 (Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога) _____
 _қолы (подпись)

*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Зональдық реография

Зональная реография

20__ жылғы (года) " ____ " _____

Сырақатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты))

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

—
Диагнозы _____

Ж е л д е т у :

Вентиляция:

оң өкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қ а н ж ү р у і :

Кровоток:

оңөкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қ о р ы т ы н д ы :

Заключение:

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (керегінің астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі информированное согласие пациента на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент: _____

_____,
(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу) (Ф.И.О.(при его наличии) пациента – полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ (туған күні, айы, жылы) (число, месяц, год рождения)

Келісім беремін(Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/ қамқорыма (астын сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (подчеркнуть):

тексеріліп-қарауға (обследования в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)
стационарлық емдеуге (стационарного лечения в) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка

, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

_____ (медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар)(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары, аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

(Есть аллергия на): _____

___ аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режімді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін (а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығыма қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В

случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін (Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсауылық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (Ф.И.О. лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Родство/отношение к пациенту)	Телефон

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӘ(ДА) /ЖОҚ(НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними)

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.)
Уақыты (Время): ____ с.(час) ____ мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии)): _____

Туыстық жақындығы (Степень родства): _____

науқас физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді, астын сызыңыз.

(подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

Науқастың шағымы (Жалобы больного)

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания)

Өмір анамнезі (Анамнез жизни)

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Күні	Емшараның атауы	Саны	Ұзақтығы	Мөлшері
	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (астын сызыңыз) (Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные))

Эпикриз: _____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердің қолы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

Амбулаториялық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы
Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

1.1. ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен., (нужное подчеркнуть))

4. Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) _____

5. Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК) _____

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

8.Функциялық сынағалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктегенге дейін До нагрузки				Жүктегеннен кейін После нагрузки					
	Тамыр Пульс	соғуы	АҚҚ АД	Тыныс Дыхание	алуы	Тамыр Пульс	соғуы	АҚҚ АД	Тыныс Дыхание	алуы
1	2		3	4		5		6		7

9.Антропометриялық деректері* (Антропометрические данные*)

Күні Дата	Б о й ы Рост		С а л мағы Вес	К е у д е Окружность грудной клетки				ш е ң б е р і	Спирометрия	Динамометрия	
	Тұрғанда Стоя	Отыр ғанда Сидя		дем алғанда вдох	дем шығарғанда выдох	аралықта пауза	экскурсия			о ң правая	сол левая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Ескертпе:кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

К ү н і Дата	Б у ы н Сустав	Қ о з ғ а л ы с Объем движений	к ө л е м і
1	2	3	

11.ЕДШБ дәрігерінің тағайындағандары (Назначения врача ЛФК) _____

12.ЕДШБ нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора ЛФК)

ЕДШБ емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет результатов процедур ЛФК)

Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъектив ные данные
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий	
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК) _____

Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

Тағайындалымдар (Назначения): _____

Дәрігер (Врач): _____

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл)
за курс _____

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение) _____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазманы сүзгілеу

картасы

Карта

плазмофльтрации

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№ _____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

больного): _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол) _____

, Салмағы (вес) _____

Диагнозы: _____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия):

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____ мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено):_

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

ОВҚ (ЦВД) _____ ; АҚҚ (АД) _____ ; ЖЖС(ЧСС) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Не істелді (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі)

к а р т а с ы

К а р т а

(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) "_____" _____ күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного)

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))
Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын
е с е п т е у
к а р т а с ы
К а р т а

учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его
наличии)

Сықатнама № (№ истории болезни) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ бастап (по) _____
20_ жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) _____

Асқыну (Осложнение) _____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын
қ а б ы л д а ғ а н е м і ж ә н е о н ы ң

	8				
	9				
	10				

Емдеудің нәтижелері айтарлықтай жақсарды, жақсарды, өзгеріссіз, нашарлады) (Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение) _____

Дәрігер (Врач) _____

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация, наблюдающая больного _____

01. ЖСН/ИНН _____

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) _____

03. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____
 _____ әкесінің аты(болған жағдайда)/отчество (при его наличии) _____

04. Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____ (кк/аа/жжжж)/(дд/мм/тггг) 05. Жынысы/Пол:

ер/мужской;

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

қызметші/служащий;

жұмысшы/рабочий;

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер/пенсионер;

оқушы/учащийся;

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятое индивидуальным трудом;

дін қызметкері/служитель культа;

жұмыссыз/безработный;

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/почтовый индекс _____, обл. _____, аудан/р-он _____, елді мекен/населенный пункт _____, көше/улица _____, үй/дом № _____, пәтер/кв. № _____, тел. _____

09. Тұрғын/Житель:

қалалық/города;

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

ҰОСҚ/УВОВ;

ҰОСМ/ИВОВ;

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

жоқ/нет;

I топ/гр.;

II топ/гр.;

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз

_____ 10-АХЖ шифры/
шифр МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/
шифр МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/
число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения
гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____
жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения
лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____
_____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения
гемодиализом:

трансплантация жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в др. отделение гемодиализа;

көшу/выезд;

қайтыс болу/смерть

өзге/прочее

01. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

Әкесінің аты(болған жағдайда)/отчество (при его наличии) _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: ____/____/____ КК/ АА/ ЖЖЖЖ
(ДД / ММ / ГГГГ)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) ____:____

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) ____:____

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низко
поточный, высоко поточный

Көлемі/размер _____ м2, өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

ОУФ (ИУФ);

УФ

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

А-V фистула;

протез;

катетер (уақытша, тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

гепарин;

клексан;

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____ БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

жалпы (общая);

мөлшерлі (дозированная);

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____ мл/мин. Диализат
ағынының жылдамдығы/Скорость потока диализата _____ мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.) ГД тиімді уақыты/Эффективное время ГД _____ сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	1 сағат (час)	2 сағат (час)	3 сағат (час)	4 сағат (час)	ГД кейін/после ГД
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Өлшем бірлігі (Ед. из.)	С а н ы (Количество)

16. Техникалық асқынулар/Технические осложнения _____

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача:

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә..(болған жағдайда) /Ф.И.О.(при его наличии) медсестры ГД:

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

ГБО сеанстарын есепке алу картасы
Карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның
картасы
К а р т а
экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) "___" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного): ___

ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес)

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____
мл

Гепариндеу (Гепаринизация) _____; НЭХО (NaClO) _____

_____ температурада криопреципитаттау (криопреципитация
при температуре)

20__ жылдан (года) "___" _____ бастап (с), 20__ жылға (года) "___" _____
дейін (по).

20__ жылғы (года) "___" _____ ерітілді (разморожена),
с у п е р н а т а н т

преципитаттан стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы

п е р ф у з и я л а н д ы

(супернатант стерильно отделен от преципитата, перфузирован через колонку с
гемосорбентом) _____

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (
О б ъ е м п л а з м ы б о л ь н о г о
после плазмосорбции для реинфузии) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл, АҚ көлемі (объем ЦК) _____ мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

М.О.

М.П.

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Эхокардиографиялық тексеру
к а р т а с ы
К а р т а
эхокардиографического обследования
20__ жылғы (года) " ____ " _____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его
наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____ Дене аумағы (Поверхность тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) _____

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в д и а с т о л у) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек.

Размер полости в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый ж е л у д о ч е к .

Конечно диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости)_____

Диастола көлемі (Диастолический объем)_____

Систола көлемі (Систолический объем)_____ Соғу көлемі (У д а р н ы й объем)_____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания)_____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу)_____

Систола кезіндегі (В систолу)_____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка)_____

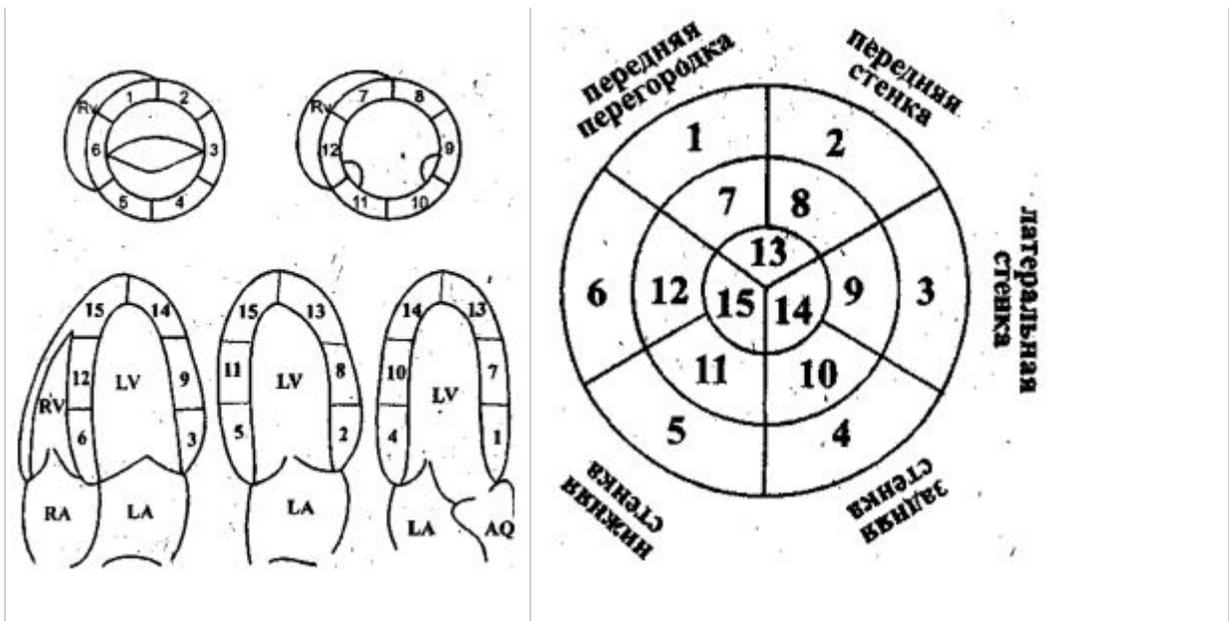
Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка)_____

Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота)_____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы)_____

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость п о сегментам):_____

1) Базалық алдыңғы-қалқалық (Базальный передне-перегородочный)	9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық (Средний передне - боковой)
2) Базалық алдыңғы (Базальный передний)	10) Ортаңғы артқы - қапталдық (Средний задне - боковой)
3) Базалық алдыңғы-қапталдық (Базальный передне-боковой)	11) Ортаңғы артқы (Средний задний)
4) Базалық артқы -қапталдық (Базальный задне-боковой)	12) Ортаңғы артқы - қалқалық (Средний задне - перегородочный)
5) Артқы базалық (Базальный задний)	13) Алдыңғы - ұштық (Передне - верхушечный)
6) Базалық артқы-қалқалық (Базальный задне-перегородочный)	14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой)
7) Ортаңғы алдыңғы-қалқалық (Средний передне-перегородочный)	15) Ұштық артқа (Верхушечный задний)
8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)	16) Қалқалық -ұштық (Перегородочно - верхушечный)



Қорытынды (Заклучение) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

* Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижняя стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование предстательной железы

№ _____

20 ____ жыл (год) " ____ "

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері

Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

- түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),
- түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),
- түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),
- Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),
- Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)
- Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы) тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)
-

Бойы (Рост)_

Бөлімше (Отделение)_

Сықатнама № (№ истории болезни)_

Зерттеу күні (Дата исследования)_

Диагнозы_

Қорытынды (Заключение):

Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері Наименование фаз и показателей гемодинамики	Қалыптылығы Размерность (сек.)	Рауаны тербелістер шегі Пределы допустимых колебаний	Іс жүзіндегі деректер Фактические данные
R - R	сек.		
АС	"-	0,04 – 0,07	
ИС	"-	0,02 – 0,05	
ПН	"-	0,06 – 0,11	
ПИ	"-	0,21 – 0,30	
So	"-	0,29 – 0,35	
Sm	"-	0,23 – 0,34	
КБ	"-	2,5 – 4,5	
ВСП	%	85-94	
ИНМ	%	20-29	
VI	мм сын.бағ./сек. (мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
Ve	мл /сек.	200 - 500	
ВИМО	сек.	15-21	

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы
 Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні _____ жасы _____ жынысы _____

(Дата рождения) (возраст) (пол)

Зерттелген күні _____ бөлімшесі _____

(Дата исследования) (отделение)

Сықатнама № _____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қан қысымы (Артериальное давление)	Ескертпе (Примечание)
Қалыпты жағдайы (В покое)			
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			

12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС x Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

_____ (Нагрузка прекращена в связи)

_____ Қалпына келу кезеңі _____

_____ (Период восстановления)

_____ Қорытынды _____

_____ (Заключение)

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования грудных желез

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

ЖСН/ИИН

	Он жақ сүт безі (Правая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)) Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) ----- -----
Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)) . Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____	Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная)) _____
Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная)) _____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____	Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____ ----- Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің
ма м а н д ы ғ ы / Ф а м и л и я , _____ и м я ,
отчество (при его наличии), специальность врача подавшего заявку _____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация
в р а ч а _____ п о д а в ш е г о _____ з а я в к у)

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет код (Код услуги)	Қызметтің атауы (Наименование услуги)
1	2

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки
консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация
в р а ч а - к о н с у л ь т а н т а) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың
ма м а н д ы ғ ы / Ф а м и л и я , _____ и м я , _____ о т ч е с т в о
(при его наличии), специальность врача-консультанта _____

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки)

Бас тарту себептері (Причина отказа) _____

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время
п р о в е д е н и я _____ т е л е м е д и ц и н с к о й
консультации) _____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта) _____

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

Амбулаториялық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ ж (г) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)

беременной) _____

ЖСН/ИИН _____

Жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы

(протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20__ жыл (год) " __ "

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует, _____ не

соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _____ 1

_____ минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

_____ "Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

_____ Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

_____ Қуық (Мочевой пузырь) _____

_____ Омыртқа (Позвоночник) _____

_____ Аяқ-қолдары (Конечности) _____

_____ Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, _____ түбі, _____ ішкі _____ аңқа жанында (Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, _____ боковая _____ стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____

_____ Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

Ұйғарым (Заключение): _____

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача) _____ қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
мединалық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20__ жыл (год) "___" _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді (исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) беременной) _____

ЖСН/ИИН _____

Жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя) _____ күн
(день)

Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі _____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы

Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі _____ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

Боковые желудочки мозга

Мозжечок

Үлкен цистерна _____

Көз шарасы _____

Большая цистерна

Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____

Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін

Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____

Асқазан _____

Носогубной треугольник

Желудок

Омыртқа _____

Қуық _____

Позвоночник

Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____

Өт қабы _____

4-камерный срез сердца

Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде _____ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы _____

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на _____ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, _____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген

Толщина плаценты: _____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес

Структура плаценты _____. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ см

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заклучение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ қолы _____

Ф.И.О. (при его наличии) врача

подпись

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

ӨаЭФЗ ХАТТАМАСЫ-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу

Протокол

ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования

№ _____

Күні (Дата) " ____ " _____ 20__ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні(Дата рождения) _____ Дене салмағы (Масса тела) _____

кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая) _____

В,

калыпты (рабочая) _____ в, эл-дтіңқойылу терендігі (глубина установки эл-да) _____ см.

			Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады
Қалыпты , мс Норма, мс	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов		атропин м г +

			атропин мг.	обзидан мг
Ж Ж Ж ЧСС в 1 минуту	1	минутта		
Ж О Ц ССЦ, мс				
1. Синус функциясы Функция ВВФСУ, мс	торабының СТФҚКУ синусового узла	до 1400		
С Т Ф Қ К Т У КВВФСУ, мс		до 525		
2. Өткізгіштігі ВСАП, мс	Проводимость	до 206		
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)		130-180 в 1 минуту		
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды Изучение тахиаритмий	зерттеу	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
			мг	мг	мг
Тахиаритмия Форма тахиаритмий	формасы				
1 минуттағы жиілігі	Частота в 1 минуту				
В-А, мс					
Тахикардия "Окно" тахикардии	"терезесі"				
Тоқтату Купирующая ЧпЭС	ӨаЭС				

4. ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту	ӨаЭС ЧпЭС	АҚҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание
			Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін приема	После	
			мг/с	мг/с	мг/с	
100						
110						
120						
130						
140						

150							
160							

5. Асқынулар (Осложнения):

Қорытынды (Заключение): _____

Нұсқаулар (Рекомендации): _____

Дәрігер (Врач): _____ қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Реография

20__ жылғы (года) " ____ " _____

Сырақатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы

QREL _____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____ RR _____

Баяу Е (Е медл) _____ ИНМ _____

Е макс. _____ Ag|Fd _____

Шығарылу Е (Е изгн). _____ УО _____

_____ Pg
_____ МОК

Қ о р ы т ы н д ы :

Заклучение:

Дәрігер (Врач) _____

_____ Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Спирография*

20__ ж." ____ " _____

Амбулаториялық картаның № /№ _____ амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение) _____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

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

ЖСН/ИИН _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ) _____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік
п р е п а р а т т а р (П р и н я т ы е
пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования) _____

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: ФКК 1/ӨӨК (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

Қорытынды/Заключение

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

* Қоса берілген "Көлем-уақыт" және "ағын-көлем" өзектеріндегі тыныс алу (демді ішке тарту - шығару) үдерісінің графикалық көрінісінің жарамсыз

(Недействительна без приложенного графического отображения процесса дыхания (вдоха и выдоха) в осях "объем-время" и поток-объем")

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование беременной

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации): _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Ультрадыбыстық тексеру
(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)
Ультразвуковое исследование
(матки, шейки матки, яичника)

№ _____ 20__ жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у деректері

Данные исследования

Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении отклонена): _____ артқа, _____ алдыға,

оңға, солға (кзиди, кпередиди, вправо, влево) _____

—

Контурлары (Контурь): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие, ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина) _____ мм, алғы-арқы (передне-задний) _____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм

Жатырдың құрылымы (Структура матки) _____

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована) _____

М-эхо _____ мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла) _____

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген (среднее, снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм, алғы-артқы (передне-задний) _____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм

Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____
__ мм, құрылымы (структура)

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____
__ мм, құрылымы (структура)

Ерекшеліктері (Особенности) _____

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись):_

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қуықты ультрадыбыстық зертеу
Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

№ _____

20__ жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный _____

З е р т е у деректері

Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Орналасуы (Положение) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки) _____ см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

Қорытынды (Заключение):

Туған күні (Дата рождения) _____ (Жынысы) Пол _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____ см
қалыңдығы (толщина) _____ см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

Бауырдың контуры (Контур печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные протоки) _____

Қақпақша тамыр (Портальная вена) _____

2.Өтқалтасы (Желчный пузырь) _____

Пішіні (Форма) _____ Өлшемдері (Размеры) _____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря) _____

Қаптың қуысында (В полости пузыря) _____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток) _____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки) __ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела) __ (N0,6 – 1,6), құйрығы (хвост) __ (N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контур железы) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток)_____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена)_____

Оның диаметрі (Ее диаметр)_____

4. Көкбауыр (Селезенка)_____

Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки)_____ (N 40 ш.см. артық емес (не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контуры (Контур селезенки)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

5. Бүйректер (Почки)_____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером)_____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы)_____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система)_____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером)_____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы)_____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система)_____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник)_____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны(Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары(Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ) _____

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20__ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у деректері

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная)_____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая) _____

Өлшемдері (Размеры)_____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)_____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоехогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоехогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоехогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоехогенная, гиперэхогенная)_____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач) _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))
қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование щитовидной железы
№ _____ 20__ жыл (год) " ____ " _____
ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____
Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____ Пол (Жынысы) _____
Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у д е р е к т е р і
Данные исследования
Контурлары (Контурсы) _____

Серпімділігі
(Эластичность) _____

Пішіні (Форма) _____ Мойнақ (Перешеек) _____

Оң жақ бөлігі (Правая доля) _____

Сол жақ бөлігі (Левая доля) _____

Қорытынды (Заключение) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Врач) _____

карты) _____

Диагнозы (диагноз)
) _____

Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил) _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О., (при его наличии) подпись)

— —
Фонокардиограмма
бойынша
қорытынды (
Заключение по
фонокардиограмме
) № _____

— —
Дәрігер Т.А.Ә (
болған жағдайда) (
Врач Ф.И.О. (при
его наличии)) _____

қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу
Функциональное исследование периферических сосудов
Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____
Диагнозы(диагноз) _____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20__ жылғы (года) "___" _____

1.Реография

	Амплитуда		Индекс		Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедрa					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2. Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

	АГП	Көгеру уақыты	
		оң правый	сол левый
Балтырдың Н/з голени	т/з		
Балтырдың В/з голени	ж/з		
Санның о/з Ср/з бедра			
Білектің т/з Н/з предплечья			
Білектің ж/з В/з предплечья			
Иықтың о/з Ср/з плеча			

3. Капиллярскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық қорымдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____
Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента
Электрокардиограмма №
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его
наличии) _____

Ұлты (Национальность) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____

АҚҚ (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес) _____

Бөлімше, учаске (Отделение, участок) _____

Сырақатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или
амбулаторной
карты) _____

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Диагнозы _____

P	-	Q	=	сек.
Q	R	S	=	сек.
Q R S T	(Q - T)		=	сек.
R	-	R	=	сек.
R I	:	R I I	:	R I I I =
R a V F	:	S a V F	=	
Ж С С		(Ч С С)	=	
Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов): _____				

Қорытынды (Заключение): _____				
Ырғақ (Ритм) _____				
ЖЭО (ЭОС) _____				
Гипертрофия _____				
Коронарлық патология (Коронарная патология) _____				
Блокадалар (Блокады) _____				
Басқа өзгерістер (Другие изменения) _____				
Дәрігер Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____				
(Врач Ф.И.О. (при его наличии)) _____				
колы (подпись)				

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Электроэнцефалография

20__ жыл (год) " __ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____

Жасы (Возраст) _____

Диагнозы _____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

Фотостимуляция _____

Гипервентиляция _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))
колы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Эхоэнцефалография

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Сырақатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной карты) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

_____ Жынысы (Пол)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга (есть, нет)

Т_м = Т

ІІІ қарынша (ІІІ желудочек): ені (ширина) _____

мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М –
жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды

(Заключение) _____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) _____

—
Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігер (Врач) _____

—
Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Амбулаторлық пациенттің статистикалық картасы статистическая карта
 амбулаторного пациента
 Консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін для
 консультативно-диагностических центров (поликлиник)

1. ТАӘ (ФИО) _____
2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения (дд/мм/гггг))
 ____ / ____ / ____ жылы(год)
3. Жынысы (Пол): 1 – ер(муж.), 2 - әйел(жен.)
4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Азаматтық (Гражданство) _____
6. ЖСН (ИИН) _____
7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) _____
 (Регистрационный медицинский номер (PMH))
5. Мекенжайы (Место жительства) _____

6. Жолдаған мекеме (Направившая медицинская организация) _____

7. Қаралу күні (кк/аа/жжжж) (Дата обращения (дд/мм/гггг))
 ____ / ____ / ____ жылы(год)

8. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 2 – бюджет, 4 – ақылы қызметтер (платные услуги).

9. Кеңес берулер мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

Кабинеттің № кабинета	№ Б о л і м ш е Отделение	Зерттеу Код исследования	коды
	Жалпы клиникалық Общеклинические исследования	зерттеулер	
	Биохимиялық Биохимические исследования	зерттеулер	
	Иммунология		
	Радиоиммунология		
	Цитоморфология		
	Функционалдық (Функциональная диагностика)	диагностика	
	Эндоскопия		
	Ультрадыбыстық Ультразвуковая диагностика	диагностика	
	Рентгендиагностика		
	МРТ және КТ МРТ и КТ диагностика	диагностикасы	

	Кеңесші дәрігер	Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер	Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер	Врач-консультант	
	Кеңесші	дәрігер	
	Врач-консультант		
	Кеңесші	дәрігер	
	Врач-консультант		
	Кеңесші дәрігер	Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер	Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер	Врач-консультант	

10. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); проф. қарау (профосмотр); басқалар (прочие)
(тек бір себепті астын сызыңыз) (подчеркнуть только один повод)

11. Келуі (Посещения):

К ү н і Дата	К е л у В и д посещения	т ү р і *	Д ә р і г е р к о д ы Код врача	К ү н Дата

П – диагностикалық орталық (диагностический центр),

Б – күндізгі стационар (дневной стационар)

12. Диагноз

	Жолдағанда П р и направлении	ХАЖ-10 к о д ы Код МКБ-10	Тексергенде П р и обследовании	ХАЖ-10 к о д ы Код МКБ-10	1,2,3 түрі Тип 1,2,3	Дәрігердің к о д ы Код врача
Негізгі (Основной)						
Ілеспелі (Сопутствующие)						

Әр диагнозға (Для каждого из диагнозов): 1 –жіті ауру (острое заболевание), 2 – бірінші рет анықталған (установленный впервые), 3 –бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

13. Өткізілген зерттеулер (Проведенные исследования):

Күні Дата	Маманның коды Код специалиста	Атауы Названия	Тарификатор бойынша коды Код по тарификатору	Саны Кол-во	1-алғашқы (первично) 2 – қайталана (повторно)

14. Қабылдауда дәрігермен жасалған операциялар мен манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме):

А т а у ы Наименование	Операцияның Код операции	коды	Дәрігердің Код врача	коды

15. Дәрігер: ТАӘ (Врач: ФИО) _____

Коды (Код) _____ Қолы (Подпись) _____

16. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____

жылғы (год) " __ " _____

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 21
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым Код организации по БИН _____	коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

Амбулаториялық карта № амбулаторной карты _____
учаске № участка _____

ЖСН! __!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!
__!__!__!

Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық
пациенттің үшін картасы Карта профилактического медицинского осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

до 120 мл; 6-иә, шарап 120 мл көп/да, вино более 120 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл дейін/да, водку и другие крепкие напитки до 25 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл көп/да, водку и другие крепкие напитки более 25 мл.

19. Дене белсенділігі /Физическая активность – күнделікті физикалық жүктеме 30 минуттан кем емес (жүру, жаттығулар және т.б.)/ежедневная физическая нагрузка (ходьба, упражнения и т.д.) не менее 30 минут: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

20. Сіздің ата-анаңызда жүрек аурулары бар (болды) ма (гипертония, ЖИА)/Имеются (-лись) ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

21. Сіздің кеудеңізде тыныштықта немесе жүктеме түскенде (психоэмоционалдық, физикалық) ауыру немесе басқа да жағымсыз сезінулер бола ма, жүктеме түсіруді доғарғанда олар 10 минут ішінде басылады ма немесе жүрек ырғағы қалпына келе ме/Появляется ли у Вас боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут, или перебои в ритме сердца: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

22. Сізде бас ауыруы бола ма/Отмечаются ли у Вас головные боли: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

23. Сізде артериялды қысым жоғарылауы бола ма/Отмечается ли у Вас повышение артериального давления: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

24. Артериялды қан қысым (систолалық/диастолалық), орташа /Артериальное давление (систолическое/диастолическое), среднее ____/____ ммс.б. /ммрт.ст.

25. Көз көруіңіздің нашарлауы байқала ма/Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

26. Сіздің көз алдыңыздың бұлдырлауына шағымдарыңыз бар ма/Имеются ли у Вас жалобы на "пелену" перед глазами: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

27. Сіздің ата-анаңызда глаукома бар (болды) ма/Имеется (-лась) ли у Ваших родителей глаукома: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

28. Сізде 4 диоптрийдан асатын алыстан көрмеушілік бар ма/Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

29. Сізде соңғы жылы нәжісіңізде патологиялық қоспалар байқала ма/Отмечаются ли у Вас в течение последнего года патологические примеси в кале: 1-жоқ/нет; 2-қан/кровь; 3-сілемей/слизь; 4-ірің/гной

30. Тек әйелдер үшін/Только для женщин: Сізде жыныстық қатынастан кейінгі қанағу бола ма/бывают ли у Вас контактные кровотечения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

31. Қанайналым жүйесі және қант диабеті ауруларын анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета (18,25,30,35,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64 жас/года)

ЭКГ/ЭКГ: 1-норма/норма; 2-патология/патология; 3-жүргізілмеді (көрсетілмеген)/не проведена (не показана)

32. Холестерин деңгейі/уровень холестерина: 1-менее 5,2 ммоль/л; 2-5,2 ммоль/л и выше 3-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

33. Глюкоза/глюкоза 1-3,88-ден 5,55 ммоль/л-ге дейін/ от 3,88 до 5,55 ммоль/л ; 2-5,55 ммоль/л және жоғары/ 5,55 ммоль/л и выше; 3-диспансерлік бақылауда тұр /состоит на диспансерном учете

34. Глаукоманы анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление глаукомы (40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет)

35. Көзішілік қысым/Внутриглазное давление: 1-норма/норма; 2-жоғарылаған /повышенное; 3-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

36. Ісікалды және ісік ауруларын анықтайтын тексерулердің нәтижесі/Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний

37. Сүртінділердің цитологиялық зерттеу/Цитологическое исследование мазков (әйелдер/женщины 30,35,40,45,50,55,60 жас/лет): 1-норма/норма; 2-микроорганизмдер/ микроорганизмы; 3-эпителий жасушаларының басқа өзгерістері (жасушалардың реактивтік өзгерістері, гистерэктомиядан кейінгі бездік жасушалар, атрофия)/другие изменения эпителиальных клеток (реактивные клеточные изменения, железистые клетки после гистерэктомии, атрофия), 4-ASC-US; 5-ASC-H; 6-LSIL; 7-HSIL, 8-CIS; 9-AGUS; 10-AIS; 11-қатерлі ісік/рак; 12-басқалары (40 жастан асқан әйелдерде эндометрия жасушалары)/другое (эндометриальные клетки у женщин старше 40 лет); 13-жүргізілмеген/ не проведена; 14-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

38. Кольпоскопия (көрсетілімдер бойынша)/ Кольпоскопия (по показаниям): 1-жүргізілді/проведена; 2-жүргізілген жоқ/не проведена

39. Жатыр мойыны биопсиясының нәтижесі (көрсетілімдер бойынша)/Результат биопсии шейки матки (по показаниям): 1-басқалары/другое; 2-CIN I; 3-CIN II; 4-CIN III; 5-CIS; 6-AIS; 7-қатерлі ісік/рак; 8-жүргізілмеген/не проведена.

40. Маммография, бірінші оқып талдау/Маммография, первая читка (әйелдер/женщины 50,52,54,56,58,60 жас/лет), первая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4; 5-M5; 6-жүргізілмеген/не проведена; 7-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

* П –МСАК/ПМСП; Д – үйде/на дому; А–үйдегі актив/актив на дому; У – ұйымдарда/в организации; К – жылжымалы медициналық кешенде/ в передвижном медицинском комплексе

52. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового обследования:

53. Дені сау/Здоров(а): 1-жок/нет; 2-иә/да

54. Мінез-құлық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1- темекішегушілік/курение; 2-ішімдікті мөлшеріне көп тұтыну салыну/злоупотребление алкоголем; 3-дененің артық салмағы/избыточная масса тела; 4- дене белсенділігінің төмендігі/низкая физическая активность

55. Биологиялық қауіп факторлары анықталды/Выявлены биологические факторы риска: 1-тұқымқуалаушылыққа бейімділік/наследственная предрасположенность; 2-гипертензия/гипертензия 3-гиперлипидемия/гиперлипидемия; 4-гипергликемия/гипергликемия

56.	Қорытынды Заключительный диагноз	диагноз/ К о д МКБ-10	АХЖ-10 коды/ Диагноздың түрі (1,2,3*)/Тип диагноза (1,2,3*)	Дәрігердің коды/ Код врача

*) Диагноздардың әр қайсысы үшін/Для каждого из диагнозов: 1-ушыққан ауру/острое заболевание; 2-алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған /впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3- бұрыннан белгілі созылмалы ауруы/ известное ранее хроническое заболевание.

57. Диспансерлік бақылау топтары/Группа диспансерного наблюдения: 1-IA; 2-IB; 3-II; 4-III

58. МСАК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/ Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жок/нет; 2-иә/да

59. Скрининг-тексерудің күні/Дата окончания скрининг-обследования: _____ жылғы/года

60. Скрининг жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводившего скрининг _____

Дәрігердің коды/Код врача _____

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы

Вкладной лист к карте профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

Ұлттық скринингтік бағдарлама қатысушысының
т ө л қ ұ ж а т ы

П а с п о р т

участника Национальной скрининговой программы

Берілген күні/Дата выдачи: " _____ " _____ 20 _____

Скрининг – бұл халықтың нысаналы топтары арасында ауруды ерте сатысында және қауіп-қатер факторларын анықтауға бағытталған ұйымдастырылған және мемлекет тарапынан қаржыландырылған алдын алу тексеріс бағдарламасы. Скрининг бағдарламасы белгілері мен шағымдары айқындалмаған белгілі бір аурудың (глаукома немесе диабет болмаса обыр) дамуын анықтауға көмектесетін зерттеулерден құрылған. Скрининг Бекітілген халық тіркелімінің деректеріне негізделеді және тіркелу орны бойынша емханада тегін өткізіледі. Скрининг еріткі түрде өткізіледі Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей құқықтарыңыз бар:

- скрининг өткізлетін аурулар туралы және скринингтің өту процедурасы туралы ақпарат алуға;
- бекітілген ауқымда тегін тексерістен өтуге;
- скрининг алгоритіміне сәйкес мамандардың кеңесін алуға;
- диагностика және емдеу хаттамаларына сәйкес сәйкес динамикалық қаралу мен сауықтырудан өтуге;
- өзіңіздің скрининг нәтижелеріңіз туралы ақпарат алуға;
- тексеріс барысында жанама әсер/асқынулар пайда болғанда – тегін медициналық жәрдемнің кепілдік берілген көлемі аясында тиісінше медициналық көмек алуға. Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей міндеттеріңіз бар:
- бекітілген тексеріс ауқымын уақытында және үнемі өтіп отыру;
- зерттеулерге дайындалу және

Скрининг – это организованная и оплаченная государством программа профилактического обследования целевых групп населения для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях развития. Программа скрининга включает в себя исследования, с помощью которых можно определить развитие определенного заболевания (глаукомы или диабета или рака) без симптомов и жалоб. Скрининг основывается на данных Регистра прикрепленного населения и проводится бесплатно в поликлинике по месту п р и к р е п л е н и я . Скрининг проводится на добровольной основе. Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие права:

- получить информацию о заболеваниях, при которых проводится скрининг, и процедуре скрининга;
- пройти бесплатно обследование в утвержденном объеме;
- получить консультацию специалистов согласно алгоритму скрининга;
- проходить динамическое наблюдения и оздоровление в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- получить информацию о своих результатах скрининга;
- в случае развития непредвиденных нежелательных (побочных) явлений/осложнений при проведении исследований – получить соответствующую медицинскую помощь в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие обязанности:
- регулярно и своевременно проходить утвержденный объем обследования;
- четко выполнять требования к подготовке и проведению исследований;
- знать основные преимущества и недостатки скрининга.

оларды өткізуге қойылатын талаптарды бұлжытпай орындауға; - скринингтің негізгі артықшылықтары мен кемшіліктерін білуге .

Ұлттық скринингтік бағдарламасы халықтың нысаналы тобы, скринингтік тест, қосымша зерттеу ауқымы белгіленген бірқатар аурулардың түрлерін анықтауға бағытталған .

Халықтың нысаналы тобында кейбір аурулардың даму қауіп-қатері жоғары болып табылатын белгілі бір жас шамасындағы топтар, еркектер және/немесе әйелдер қамтылған. Нысаналы топқа аталған аурулар бойынша Д-есебінде тұрған және ауыр соматикалық патологиясы бар, сонымен қатар бағдарламада қатысудан (соның ішінде қосымша зерттеуден өтуге) бас тартқан азаматтар кірмейді.

Национальная скрининговая программа направлена на выявление определенных видов заболеваний, для которых установлены целевая группа населения, скрининговый тест, объем дообследования .

Целевая группа включает себя мужчин и/или женщин, определенные возрастные группы, в которых риск развития некоторых заболеваний является высоким. Из целевой группы исключаются пациенты, состоящие на Д-учете по данным заболеваниям и с тяжелой соматической патологией, а также отказавшиеся от участия в программе (в т.ч. от этапа дообследования).

Скринингтің түрі (аурудың атауы) / Вид скрининга (наименование заболевания)	Нысаналы топ (жынысы, жасы) / Целевая группа (пол, возраст)	Скринингтік тест / Скрининговый тест	Қосымша зерттеудің ауқымы, мамандар кеңестері / Объем дообследования, консультации специалистов
Артериалды гипертония, ЖИА / Артериальная гипертония, ИБС	ерк./әйел //муж./жен. 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	АҚ өлшеу, қандағы холестеринді анықтау / измерение АД, определение холестерина крови	ЭКГ, кардиолог
Қант диабеті / Сахарный диабет		қандағы глюкозаны анықтау/ определение глюкозы крови	эндокринолог
Глаукома	ерк./әйел муж./жен 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	көз ішінің қысымын өлшеу / измерение внутриглазного давления	офтальмолог
Сүт безінің обыры/ Рак молочной железы	әйел /жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет	маммография	УДЗ, биопсия, маммолог / УЗИ, биопсия, маммолог
Жатыр мойынының			

<p>3. Арнайы диетаны ұстанудың қажеті жоқ, өйткені скринингте иммунохимиялық тест пайдалынады.</p> <p>4. Нәжісті тәуліктің кез келеген уақытында алуға болады. Басты талап – материал "жаңа алынған" болуы тиіс.</p> <p>5. Егер тестінің өткізілуі туралы нұсқау берілсе – міндетті түрде тестіден өтер алдында онымен мұқият танысып алыңыз. ... Өңеш пен асқазан обырына</p>	<p>3. Нет необходимости придерживаться специальной диеты, т.к. в скрининге применяется иммунохимический тест.</p> <p>4. Кал для исследования может быть взят независимо от времени суток. Главное условие – "свежий" материал.</p> <p>5. Если выдана инструкция по проведению теста – обязательно перед проведением теста тщательно ознакомьтесь с ней. ... Рака пищевода и желудка</p>
<p>1. Эзофагогастродуоденоскопи-яны өткізудің басты шарты – процедураны жүргізуге дейінгі 8-10 сағат бұрын тамақтан тартыну. Егер зерттеу күннің бірінші жартысына жоспарланса, қарсаңында 20-00-ге дейін жеңіл ғана кешкі ас рұқсат етіледі.</p> <p>2. Зерттеу алдында 3-4 сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн.</p> <p>3. Зерттеу жүргізгеннен кейінгі 30 минут ішінде тамақ пен су ішуге болмайды. Процедура кезінде өзіңізді қалай ұстау керек екеніңізді медицина мамандарынан сұрауға еш қысылмаңыз. ... Қуықтаста безінің обырына</p>	<p>1. Главное условие для проведения эзофагогастродуоденоскопии – воздержание от пищи и еды за 8-10 часов до процедуры. Если исследование запланировано в первую половину дня – накануне разрешается легкий ужин до 20-00.</p> <p>2. За 3-4 часа до обследования необходимо воздержаться от курения.</p> <p>3. После исследования нельзя пить и принимать пищу в течение 30 минут. Не стесняйтесь спросить врача и медицинскую сестру, как вести себя во время процедуры. ... Рака предстательной железы</p>
<p>1. Қан тапсырар алдындағы 1-2 тәулік бұрын жыныстық қатынастардан тартынған жөн.</p> <p>2. Зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс.</p> <p>3. Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн.</p> <p>4. Анализді қауықасты безінің массажы, инструменттік зерттеулерден кейін(трансректальді ультрадыбыстық зерттеу, несеп қуығының цистоскопиясы немесе катетеризациясы) араға кем дегенде бір апта салған уақытта берген дұрыс. Қуықасты безінің биопсиясынан кейін кем дегенде бір ай өту керек. ... Бауыр обырына</p>	<p>1. За 1-2 суток перед сдачей крови следует воздержаться от половых отношений.</p> <p>2. Анализ проводится строго натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов.</p> <p>3. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения.</p> <p>4. Сдавать анализ нужно не раньше, чем через неделю после массажа предстательной железы, инструментальных исследований (трансректального ультразвукового исследования, цистоскопии или катетеризации мочевого пузыря). После биопсии предстательной железы должно пройти не меньше месяца. ... Рака печени</p>
<p>1. УДЗ және қанды талдауға алу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс.</p> <p>2. Ультрадыбыстық суреттің дұрыс көрінуі үшін симетекон эмульсиясын кешке және зерттеу өткізілетін күні таңертең қабылдағын дұрыс.</p>	<p>1. УЗИ и анализ крови проводятся натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов.</p> <p>2. Для улучшения визуализации УЗ-картины рекомендуется применение эмульсии симетекона вечером и утром в день исследования.</p>

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Маммограмманы "екінші рет оқу" және қорытындысы туралы жолдама /
Направление маммограмм на "вторую читку" и результаты

1. Ұйымның атауы/
Наименование
организации: _____

2. МГ өту уақыты / Дата
прохождения МГ:

3. МГ-ның МКДБ-ға келіп
түскен күні / Дата
поступления МГ в СКДО:

4. ЖСН / ИИН: _____

5. ТАӘ (болған жағдайда)
ФИО(при его наличии): _____

6. Туған күні/ Дата
рождения: _____

7. Тұратын жері/Место
жительства: _____

8. Телефон / Контактный
телефон _____

9. Алғашқы маммография /
Маммография впервые? иә/
да - жоқ/нет

10. Скрининг б/ша алғаш
рет / По скринингу
впервые? иә/да - жоқ/нет
Алғаш рет болмаса (өткен
күні, жері, канша рет) /
Если не впервые (дата,
место прохождения,
который раз): _____

11. Басқа МГ тексерулер /
Другие МГ обследования:
иә/да - жоқ/нет
иә болса: қашан, қайда /
если да: когда, где _____

12. Бұрынғы
маммограммалардың болуы
/ Наличие предыдущих
маммограмм: иә/да - жоқ/
нет

13. Менопауза: иә/да - жоқ/
нет _____ (қанша жыл /

15. Шағымдар / Жалобы: иә/да - жоқ/нет _____ (қандай
16. Анамнез/Анамнез жылы/год

17. Аспирация кисты / Аспирация кисты

18. Секторлы түрде кесіп алу (қатерсіз ісіктер) / Секторальная резекция (добро
образования)

19. Мастэктомия/Мастэктомия

20. Ағзаны сақтап қалу отасы / Органосохранная операция

21. Сәулелі терапия / Лучевая терапия

22. Басқа оталар /
Другие операции

23. Көрінетін өзгерістер / Видимые изменения железы

24. Терідегі тыртықтар, қалдар, папилломалар
На коже рубец, родинка, папиллома и др.

25. Емшек үрдісінің өзгеруі / Изменение соска

26. Емшектің ылғадануы
Выделения из соска

27. Деформация, тығы
Деформация, уплотнение

сколькo лет)
 14. Тұқым куу ауруының болуы/ Наследственность отягощена? иә/да - жоқ/нет
 Сүт безі қатерлі ісіңгі /рак молочной железы (кімде? у кого?) _____

Басқа ағзаларда /др. локализация _____
 __ (көрсету керек, кімде / указать какая, у кого)
 14. Гормоналмастыру емі / Гормонозаместительная терапия: иә/да - жоқ/нет

линия отрыва

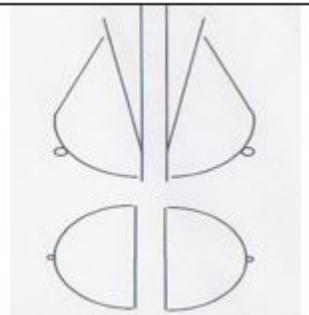
25. Маммография
 Ұйымның атауы / Наименование организации: _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии): _____

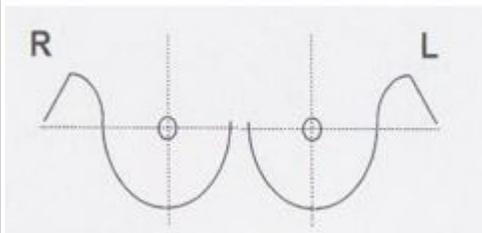
Туған күні / Дата рождения: _____

Маммография өткен күні / Дата маммографии " _____ " _____ 20 _____

Екінші үшінші рет оқылған күні / Дата "второй, третьей читки" " _____ " _____ 20 _____

Қорытындысы / Заключение BI-RADS	R	L	

28. Көрінетін өзгерістер (сурет ретінде көрсету) Видимые изменения (зарисовать на рисунке)



29. Маммограмма проекциясы және оның саны / Проекция маммограмм и их число

Проекциялар/ проекции	R	L
Тура (тік) /Прямая (СС)		

33.МГ
 34. Жа
 35. Кө
 36. Жа
 37. "второй

жанама / Косая (OBL)

Маммограммалар жалпы саны / общее число маммограмм

30. Қайталанған маммограммалар саны

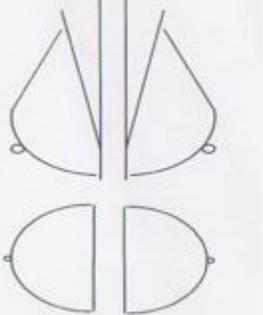
/Число повторных маммограмм

Рентгензертханашы / Рентгенлаборант

ТАӘ, колы/ ФИО

Қолы /Подпись

31. Бірінші оқу қорытындысы/ Результаты "первой читки" (BI-RADS)

	R	L
Күні/ Дата _____ Дәрігер, ТАӘ /Врач, ФИО _____ _____		

38.

/ Резул

R L

күні

Жауап

ТАӘ/

Қолы

32. МКДБ/СКДО: Рентген сүт безі тығыздығы (I ден IV-дейін)/ Рентгеноплотность железы (от I до IV) R _____ L _____

линия отрыва

(оборотная сторона)

39. Ұсыныстар / Рекомендации

1. Екі жылдан соң қайта скринингке шақыру / Пригласить на скрининг через 2 года

2. МКДБ -ға қосымша скринингке шақыру (МГ, УДЗ, биопсия) / Пригласить на дополнительное

обследование в СКДО (МГ, УЗИ, биопсия)

3. Қысқамерзімді динамикалық қадағалау _____ кейін / Краткосрочный динамический контроль через _____

_____ м е с я ц е в

4.

камть

проб

Дәріг

Ф. И.

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скринингтің) картасының қосымша парағы Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық және тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное и ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20 _____ жыл (год) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы(Диагноз предварительный)_____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА)_____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ_____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері /Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

- түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),
- түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),
- түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы(увеличение всей железы),
- Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) /жумсақ(мягкая),қиыршықты(каменистая)
- Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)
- Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы)тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)
- Қуық безінің жоғарғы шекараларысаусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца)қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются): Иә (Да)/Жоқ (Нет)
Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет)
Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образований): _____

Күдікті

(Сомнительное):

Оң; Сол; Екіжақты; (Справа; Слева; Двустороннее)

Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____

г

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследования): _____

Ескертулер (Замечания): _____

-

-

оң жақ
правая сторона

сол жақ
левая сторона



Ультрадыбыстық зерттеу мәліметтері

Данные ультразвукового исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная): _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)

Өлшемдері (Размеры): _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоэхогенная) _____

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

Зарарсыз (Доброкачественное): Иә/Жоқ
Түзіліс оқшауланған орын (Локализация образований): _____

Күдікті (Сомнительная): _____

Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; двусторонняя)

Трансректальді ультрадыбысты зерттеуден анықталған сатысы (Стадия после трансректального ультразвукового исследования): _____

Түзіліс көлемі (Объем образования): _____ см³

Өлшеулер көлемі (Объем измерений):

Қуық (Простата):

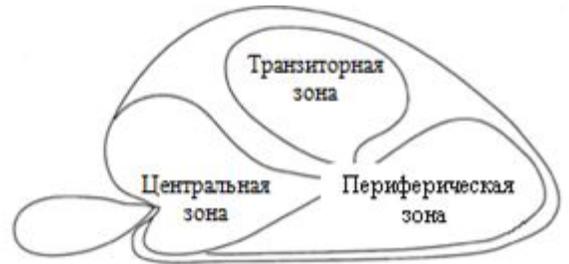
Ж(Ш)*Б(В)*Ұ(Д): _____ * _____ * _____

көлем(объем): _____ см³

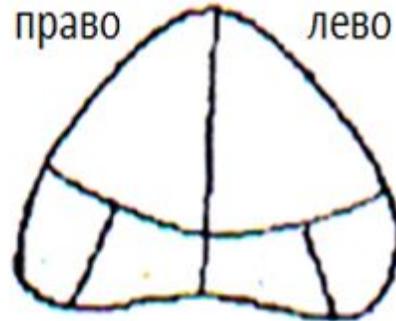
Өтпелі аймақ (Переходная зона):

Ж(Ш)*Б(В)*Ұ(Д) _____ * _____ * _____

көлем(объем): _____ см³



право лево



оң жақ
правая сторона

сол жақ
левая сторона

Қорытынды (Заключение):

_____ Биопсия жүргізілген (Биопсия проведена): Жоқ (нет) / Иә (да)

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) қолы (подпись)

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Скрининг бойынша өңеш пен асқазанды эндоскопиялық зерттеудің бланкісі / Бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка по скринингу

1. Зерттеулер саны/ Номер исследования _____

2. Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____

3. ЖСН/ИИН _____

4. Туған күні /Дата рождения / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ /ж. г. 5. Жас тобы/
 Возрастная группа _____

6. Мекенжайы/ Адрес _____

7. ЭГДС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ /ж. г.

АЖүргізілген зерттеу көлемі /Объем проведенного исследования	
<input type="checkbox"/>	
1 толық эзофагоскопия ментолық гастроскопия жүргізілді /проведена полная эзофагоскопия и полная гастроскопия	В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар /Осложнения при проведении исследования <input type="checkbox"/> 1 Асқынуларсыз /Без осложнений
<input type="checkbox"/> 2 толық емес эзофагоскопия жүргізілді /проведена неполная эзофагоскопия	<input type="checkbox"/> 2 Қан кету/Кровотечение
<input type="checkbox"/> 3 толық эзофагоскопия ментолық емес гастроскопия жүргізілді/проведена полная эзофагоскопия и неполная гастроскопия	<input type="checkbox"/> 3 Перфорация Перфорация
4 БӨңеш пен асқазанның тазалық дәрежесі/ Степень чистоты пищевода и желудка	4 Б а с қ а л а р ы / Д р у г и е Г Биопсияны жасау /Проведение биопсии
<input type="checkbox"/> 1 Өңеш пен асқазан құрамынан босатылған /Пищевод и желудок свободны от содержимого	<input type="checkbox"/> 1 Биопсия алынды/Биопсия взята
<input type="checkbox"/> 2 Өңеш құрамынан босатылған, асқазан – таза емес /Пищевод свободен от содержимого, желудок – нечист	<input type="checkbox"/> 2 Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ / Биопсия не взята, т.к. нет показаний
<input type="checkbox"/> 3 Өңеш пен асқазан – таза емес/Пищевод и желудок – нечисты	<input type="checkbox"/> 3 Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады(құрал-жабдықтар жоқ) / Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствия инструментов, формалина и др.)

Д Зерттеу нәтижелері / /Результат исследования

ТікелейЭГДС кейін/ Непосредственный после ЭГДС	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/ После получения гистологического заключения
<input type="checkbox"/> ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии	<input type="checkbox"/> ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии
<input type="checkbox"/> ES 2-Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития	<input type="checkbox"/> ES 2 -Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития
<input type="checkbox"/> ES 3-Өңештің қабыну аурулары /Воспалительные заболевания пищевода	<input type="checkbox"/> ES 3 -Өңештің қабыну аурулары / Воспалительные заболевания пищевода
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ES 4 -Өңештің жарасы/Язва пищевода

<p>ES 4-Өңештің жарасы /Язва пищевода <input type="checkbox"/></p> <p>ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода <input type="checkbox"/></p> <p>ES 6- Баррет өңешінің эндоскопиялық бейнесі / Эндоскопическая картина пищевода Баррета <input type="checkbox"/></p> <p>ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні /Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке <input type="checkbox"/></p> <p>ES 8 - Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні /Полиповидное образование пищевода на широком основании <input type="checkbox"/></p> <p>ES 13-Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага до 1 см <input type="checkbox"/></p> <p>ES 14 - Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага более 1 см <input type="checkbox"/></p>	<p>ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода <input type="checkbox"/></p> <p>ES 6 -Баррет өңеші/Пищевод Баррета (ішек метаплазиясы) <input type="checkbox"/></p> <p>ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке <input type="checkbox"/></p> <p>ES 8 -Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні/Полиповидное образование пищевода на широком основании <input type="checkbox"/></p> <p>ES 9 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні (екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии) <input type="checkbox"/></p> <p>ES 10 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически <input type="checkbox"/></p> <p>ES 11 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні(екі реттік эзофагоскопиямен)/ ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии) <input type="checkbox"/></p> <p>ES 12 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически <input type="checkbox"/></p>
<p>Тікелей ЭГДС кейін/Непосредственный после ЭГДС <input type="checkbox"/></p> <p>GS 1 Асқазан патологиясыз/Желудок без патологии <input type="checkbox"/></p> <p>GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания желудка, аномалии развития <input type="checkbox"/></p> <p>GS 3 Асқазанның қабыну аурулары / Воспалительные заболевания желудка <input type="checkbox"/></p> <p>GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка <input type="checkbox"/></p> <p>GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні/ Подслизистое образование желудка <input type="checkbox"/></p>	<p>Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения <input type="checkbox"/></p> <p>GS 1 Асқазан патологиясыз/ Желудок без патологии <input type="checkbox"/></p> <p>GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары /Наследственные заболевания желудка, аномалии развития <input type="checkbox"/></p> <p>GS 3 Асқазанның қабыну аурулары /Воспалительные заболевания желудка <input type="checkbox"/></p> <p>GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка <input type="checkbox"/></p> <p>GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні /Подслизистое образование желудка <input type="checkbox"/></p> <p>GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке <input type="checkbox"/></p>

GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке <input type="checkbox"/>	GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на широком основании <input type="checkbox"/>
GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на широком основании <input type="checkbox"/>	GS 8 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні (екі реттік гастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии) <input type="checkbox"/>
GS 12 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага до 3 см <input type="checkbox"/>	GS 9 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ге дейін асқазанның қатерлі өскіні/ ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное морфологически <input type="checkbox"/>
GS 13 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага более 3 см <input type="checkbox"/>	GS 10 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні (екі реттік гастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии) <input type="checkbox"/>
	GS 11 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ден асатын асқазанның қатерлі өскіні/ ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное морфологически <input type="checkbox"/>

Е Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі/Результат гистологического исследования, дата получения

1 Онкологиялық ауру расталды /Онкологическое заболевание подтверждено

2 Онкологиялық ауру расталмады/Онкологическое заболевание не подтверждено

ЭГДС сипаттамасы /Описание ЭГДС

Қорытынды/ Заключение _____

Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/ Ф.И.О. (при его наличии), подпись и личная печать врача проводившего исследование _____

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Скрининг	бойынша	колоноскопиялық	зерттеу	бланкісі/
Бланк	колоноскопического	исследования	по	скринингу
1.Зерттеулер	саны/	Номер	исследования	_____
2.Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____				

3.ЖСН/ИИН _____

4. Туған күні /Дата рождения / __/__/__/__/__/__/__/ж. г. 5. Жас тобы/ Возрастная группа _____

6. Мекенжайы/ Адрес _____

7. ҚС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии __/__/__/__/__/__/ж. г.
АЖүргізілген зерттеу көлемі / Объем проведенного исследования

1 – Жаппай колоноскопия жүргізілді (тік ішектен соқыр ішек күмбезіне дейін)/Проведена тотальная колоноскопия (от прямой кишки до купола слепой кишки)

2 – Жаппай колоноскопия тиісті емес дайындық себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине неадекватной подготовки

3 – Жаппай колоноскопия ауырсыну мен науқастың зерттеуді әрі қарай жүргізуден бас тартуы себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине боли и отказа пациента от дальнейшего проведения исследования

4 – Жаппай колоноскопия техникалықсебептермен жүргізілмеді – соқыр ішек күмбезіне жету мүмкін емес /Тотальная колоноскопия не проведена по техническим причинам – невозможность достигнуть купола слепой кишки

5 – Жаппай колоноскопиябасқа себептермен жүргізілмеді(көрсетіңіз)/ Тотальная колоноскопия не проведена по другим причинам (указать) _____

6 – Колоноскопия медициналық қарсы көрсетілімдерге байланысты жүргізілмеді/Колоноскопия не проведена в связи с медицинскими противопоказаниями

7 – Колоноскопия зерттелетін науқастың бас тартуына байланысты жүргізілмеді/ Колоноскопия не проведена в связи с отказом исследуемого

8 – Седация қолданылған/ Использована седация
Бішек тазалығының дәрежесі / Степень чистоты кишечника

1 – Ішек қанағаттанарлық түрде дайындалған / Кишечник подготовлен удовлетворительно

2 – Ішек қанағаттанарлықсыз дайындалған / Кишечник подготовлен неудовлетворительно
В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар / Осложнения при проведении исследования

1 – Асқынуларсыз/ Без осложнений

2 – Қан кету /Кровотечение

3 – Перфорация / Перфорация

4 – Басқалары /Другие _____

Г Биопсияны жасау / Проведение биопсии

1 – Биопсия алынды/Биопсия взята

2 – Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ/ Биопсия не взята – нет показаний

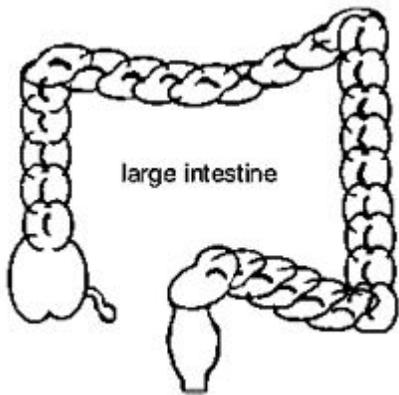
3 – Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады (құрал-жабдықтар жоқ)/ Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствие инструментов, формалина и др.)
Д Зерттеу нәтижелері / Результат исследования

Тікелей колоноскопиядан кейін / Непосредственно после колоноскопии	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения
<input type="checkbox"/> CS 1 – патологиясыз/без патологии	<input type="checkbox"/> CS 1 – патологиясыз/без патологии
<input type="checkbox"/> CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития	<input type="checkbox"/> CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития
<input type="checkbox"/> CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки	<input type="checkbox"/> CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки
<input type="checkbox"/> CS 4 – полип тәрізді өскіндер/полиповидные образования	<input type="checkbox"/> CS 4 – полип тәрізді өскіндер/ полиповидные образования
<input type="checkbox"/> CS 9 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні / эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см	<input type="checkbox"/> CS 5 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні/ ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см без морфологической верификации
<input type="checkbox"/> CS 10 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қәтерлі өскіні/ эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см	<input type="checkbox"/> CS 6 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически
	<input type="checkbox"/> CS 7 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қәтерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см без морфологической верификации
	<input type="checkbox"/> CS 8 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қәтерлі өскіні/ЗНО

толстой кишки с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически

Е **Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі**
/ **Результат гистологического исследования, дата получения**

КС сипаттамасы / Описание КС



Қорытынды/ Заключение _____

Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/ Ф.И.О. (при его наличии), подпись и личная печать врача проводившего исследование _____

Приложение 3 к приказу
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907
 Приложение 22
 к приказу Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы

Контрольная карта диспансерного наблюдения

	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____
	Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____ _____ _____
	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. Врача (при его наличии)) _____	Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____
Лауазымы (Должность) _____	күні (дата) _____
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____	Сопутствующие заболевания _____ _____
	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ___ / ___ / ___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) / ___ / ___ / ___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) / ___ / ___ / ___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____
Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқауақаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____
	Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть))
	Флюорографиялық қарау (

(Ф. И. О. (при его наличии) врача)

Лауазымы (Должность)

Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного)

Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинский карты амбулаторного больного (истории развития ребенка))

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)

Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого в диспансерное наблюдение*) 10- АХЖ коды (код по МКБ-10) (* I21 - I22.9, I25.2 кодтары кезінде мыналарды белгілеу керек (при кодах I21-I22.9, I25.2- не об- отметить):

ишемия симптомдары басталған уақыт (индекстік оқиғадан бастап) (время от начала симптомов ишемии (от индексного события)): сағат мин. (час мин.)	медициналық көмек алу үшін жүгіну уақыты (индекстік оқиғадан бастап) (время обращения за медицинской помощью (сағат мин.) (час мин.)	оқиға орын алған жер (место, где случилось событие): 1-үйде (дома), 2-стационарда (в стационаре), 3-қоғамдық орында (в общественном месте), 4-басқа жерде (в другом месте).	тромболитикалық терапия өткізілген (не проведена) (не проведена)
--	--	---	--

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / / (/ /)

Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) иә (да) жоқ (нет)

кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Функционалдық класс ЖСЖ (астын сызыңыз) (Функциональный класс ХСН (подчеркнуть) - I, II Сопутствующие заболевания

Есепке алу күні (Дата взятия на учет)

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий)

/___/___/___	керегінің астын сызыңыз) (нужное подчер
___(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагнотому оформлена инвалидность) _____
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___	белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидноты) _____
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___	к ү н і _____ (д а _____)
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___	Сықатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, ба керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотскрининге, _____ другое _____ (нужное подчер
Шығарылу себебі	Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга) _____
Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өнерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	(Анықталған диагноз (АХЖ-10 коды) (Выявленный диагноз (код МКБ-10)) _____
Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өнерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ 3. Жынысы: еркек, әйел (керекті а с т ы н с ы з ы ң ы з)

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

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

иә (да)

жоқ (нет)

15. АББ қатысу (Ауруларды басқару бағдарламасы) (Участие в ПУЗ (программе управления заболеваниями)):

иә (да)

жоқ (нет)

16. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету). Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

17. Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) декомпенсациясы себебі бойынша емдеуге жатқызу иә, жоқ (керекті астын сызыңыз), оның ішінде стационардан шыққан 30 күн ішінде: иә, жоқ (керекті астын сызыңыз) (Госпитализация по поводу декомпенсации ХСН - да, нет (нужное подчеркнуть), в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара - да, нет (нужное подчеркнуть))

18. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

19. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні (Емдеуге жатқызу (госпитализация), оның ішінде ЖСЖ декомпенсация себебі бойынша 30 күн бойы стационарға	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) (Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (
-----------	--	---

Резус-факторы (Резус-фактор) _____

Науқастың үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон
больного)

Тұрақты мекенжайы бойынша

По месту жительства

АҚҚ АД	ЭКШ мен ЭКГ-нің импульстер жиілігі	Дәрігердің тегі
	Частота импульсов ЭКС и ЭКГ	Фамилия врача

Денесіне ЭКШ қойылған күні (Дата имплантации ЭКС) _____

Мүмкіндік (Доступ) _____

ЭКШ түрі (Тип ЭКС) _____

Паспорт бойынша ритмі (Ритм по паспорту) _____

Электродтар (Электроды) _____

ЭКШ-ты ауыстырудың жоспарланған күні (Дата плановой смены ЭКС) _____

Науқасты бақылау (Наблюдение за больным)			
Қарау күні	Науқастың жалпы жағдайы	Тамыр соғуы	
Дата осмотра	Общее состояние больного	Пульс	

Денесіне ЭКШ қай медициналық ұйымда қойылды, мекенжайы мен телефоны (Адрес и телефон медицинской организации, где производилась имплантация ЭКС) _____

ДӘРІГЕРДІҢ НАЗАРЫНА!

ЭКШ қойылған бірінші жылы науқасты жүйелі түрде, тұрақты мекенжайындағы емханада әр 4 ай сайын бақылап тұру ұсынылады, екінші жылы әр 2 ай сайын, ары қарай – ай сайын. Тексеру бірліктері ЭКГ бойынша жазу 50 мм/сек жылдамдықта анықталады.

Ритмнің азаюы немесе көбеюі (минутына 8 импульстан жоғары), табиғи және жасанды ритмдер арасында бәсекелес туған жағдайда операция жүргізілген медициналық ұйымға хабарлау қажет.

ВНИМАНИЮ ВРАЧА!

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 месяца в течение первого года после имплантации ЭКС, каждые 2 месяца в течение второго года, далее - ежемесячно. Контролируемые величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновении конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинскую организацию, где производилась операция

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының
қ о с ы м ш а п а р а қ
В к л а д н о й л и с т
к контрольной карте диспансерного наблюдения

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациентті диспансерлік қадағалау
к а р т а с ы
Карта диспансерного наблюдения
пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача)	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының к о д ы н е м е с е № (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)* _____

	_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни)

Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін, 6 айдан кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12 месяцев (от начала заболевания):

<p>12. Стенокардия ұстамалары (приступы стенокардии):</p> <p><input type="checkbox"/> Иә (да)</p> <p><input type="checkbox"/> жоқ (нет)</p>	<p>13. Ширыққан ФК стенокардиясы (стенокардия напряжения ФК)</p> <p><input type="checkbox"/> I</p> <p><input type="checkbox"/> II</p> <p><input type="checkbox"/> III</p> <p><input type="checkbox"/> тыныштық стенокардиясы (стенокардия покоя)</p>	<p>14. ЭКГ деректері (ЭКГ данные):</p> <p><input type="checkbox"/> синустық (синусовый)</p> <p><input type="checkbox"/> ЖК (ФП)</p> <p><input type="checkbox"/> ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST)</p> <p><input type="checkbox"/> өзгерістер жоқ (нет изменений)</p>
<p>15. Динамикадағы стресс-тест (Стресс-тест в динамике):</p> <p><input type="checkbox"/> сынамасы оң (положительная)</p> <p><input type="checkbox"/> сынамасы теріс (отрицательная)</p> <p><input type="checkbox"/> жасалған жоқ (не проводилась)</p>	<p>16. Физикалық жүктемеге толеранттылық (толерантность к физической нагрузке):</p> <p><input type="checkbox"/> жоғары (высокая)</p> <p><input type="checkbox"/> орташа (средняя)</p> <p><input type="checkbox"/> төмен (низкая)</p>	<p>17. ЭХоКГ:</p> <p><input type="checkbox"/> соңғы диастоалық мөлшер (СДМ) (конечный диастолический объем (КДО), _____мл)</p> <p><input type="checkbox"/> соңғы диастоалық көлем (СДК) конечный диастолический размер (КДР), _____мм</p> <p><input type="checkbox"/> (ӨАЕСҚ (Өкпе артериясындағы есептік систоалық қысым) (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии) _____ мм. рт. ст</p> <p><input type="checkbox"/> ОҚ ШФ соңғы өлшеу (Последние измерения ФВ ЛЖ):</p> <p><input type="checkbox"/> N (>50%)</p> <p><input type="checkbox"/> болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)</p> <p><input type="checkbox"/> калыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)</p> <p><input type="checkbox"/> айқын сипатталып (төмендеу выраженное снижение) (<30%)</p> <p><input type="checkbox"/> жасаған жоқ (не делали)</p>

18. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (Постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

Препараттарды қабылдау (Прием препаратов):

иә (да)

жоқ (нет)

жартылай (частично)

<p>Ацетилсалицил қышқылы Ацетилсалициловая кислота</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>
<p>Тикагрелор /</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>
<p>Клопидогрел</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>
<p>β - б л о к а т о р л а р ы β-блокаторы</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>
<p>С т а т и н д е р Статины</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)</p>
<p>ААФИ (ИАПФ)</p>	<p><input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/></p>

		иә (да) <input type="checkbox"/>
		белгісіз (неизвестно)
БРА		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Са Антагонисты Са	антагонистері	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Нитраттар Нитраты		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Пероралды Пероральные антикоагулянты	антикоагулянттар	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Басқа Др.препараты	препараттар	<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно)
Екінші рет профилактикалау бағдарламалары Программы вторичной профилактики		

19. Сыртартқыда операциялық шара қолдану (Оперативные вмешательства в анамнезе)

жоқ (нет)

Иә (Да)

белгісіз (неизвестно) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)

20 Операция атауы (Название операции) _____

АХЖ-9 бойынша код (код по МКБ-9) _____

21. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

жоқ (нет)

иә (да)

22. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления заболеваниями):

жоқ (нет)

иә (да)

23. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

24. Қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация) -

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

25. ЖСЖ бар қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация с ХСН) -

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

- 1 ай (мес.),
- 3 ай (мес.),
- 6 ай (мес.),
- 1 жыл (года)

32. Аутопсия жасалды (проводилась):

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

33. Дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) (ФИО (при его наличии) врача) _____

_____ Қолы (Подпись) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының
қ о с ы м ш а п а р а қ
В к л а д н о й л и с т
к контрольной карте диспансерного наблюдения

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациентті
диспансерлік қадағалау картасы
Карта диспансерного наблюдения
пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) Лауазымы (должность) _____	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының к о д ы н е м е с е № (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заблевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)*
----- Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного) _____	

—	_____
_____	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
_____	Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни)
—	<input type="checkbox"/>
Науқас бекітілген медициналық ұйым (медцинская организация, к которой прикреплен больной) _____	жоқ (нет) <input type="checkbox"/>
_____	и ә _____ (д а) _____ ,
_____	Диагноз қою күні (Дата установления диагноза) _____ (кк/аа/жжж) (дд/мм/г г г)
_____	Ауру анықталды (Заболевание выявлено):
-----	<input type="checkbox"/>
_____	емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением),
_____	<input type="checkbox"/>
—	профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре),
Диагноз қою күні (дата установления диагноза): / ____ / ____ / _____	<input type="checkbox"/>
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	скрининг кезінде (при скрининге),
Есепке алу күні (дата взятия на учет) / ____ / ____ / _____	<input type="checkbox"/>
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	б а с қ а _____ (д р у г о е)
Есептен шығару күні (дата снятия с учета) / ____ / ____ / _____	Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга) _____
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	Ілеспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____
Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету, қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз)	_____ (А Х Ж - 1 0 бойынша код) (код по МКБ-10) _____
(Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза, перевод в другую мед. орг., выезд в другой регион, за пределы страны, смерть (нужное подчеркнуть))	Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная масса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____
_____	Оңалту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
_____	Мүгедектік болған кезде, мүгедектік ресімделген диагноз (при наличии инвалидности, диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____
_____	_____ (АХЖ-10 бойынша коды) (код по М К Б - 1 0) _ _
_____	п о _____
_____	Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы _____ (группа инвалидности) _____
_____	Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Тегі (фамилия) _____

Аты (имя) _____ Әкесінің аты(болған жағдайда) (отчество (при _____ его _____ (наличии)) _____

13. Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 — выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 — умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 — легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

14. Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді) (от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек) (от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады) (11 и более - независим (может использовать вспомогательные приспособления).

15. Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды

көрсету (Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл) _____



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)



3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),



4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)



5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

16. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

	Атауы, дозалар (название , дозы)	Код	
Өмір сүру салтын өзгерту бойынша ұсыныстарды орындау (шылым шегу, алкоголь, қозғалу белсенділігі, диета) (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни (курение, алкоголь, двигательная активность, диета)			<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно) <input type="checkbox"/>

<p>Гипотензиялық препараттар Гипотензивные препараты</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
<p>Антикоагулянттар Антикоагулянты</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
<p>Антиагреганттар Антиагреганты</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)
<p>Статиндер Статины</p>		<input type="checkbox"/> жоқ (нет) <input type="checkbox"/> иә (да) <input type="checkbox"/> белгісіз (неизвестно) <input type="checkbox"/> тұрықты емес (нерегулярно)

			нерегулярно)
			<input type="checkbox"/>
			жоқ (нет)
			<input type="checkbox"/>
			иә (да)
			<input type="checkbox"/>
Б а с қ а	п р е п а р а т т а р		белгісіз (неизвестно)
Др.препараты			<input type="checkbox"/>
			тұрықты емес (нерегулярно)
)

17. Сыртартқыда операциялық араласулардың болуы (оперативные вмешательства в анамнезе)

жоқ (нет)

жоқ (нет)

белгісіз (неизвестно)

иә (да)

күні (дата) _____ дд/мм/гг (кк/аа/жж)

Каротидтік эндартерэктомия (каротидная эндартерэктомия)

Экстракраниальды немесе бассүйекшілік артерияларды стенттеу (стентирование экстракраниальных или интракраниальных артерий)

Аневризмаға клипс салу (клипирование аневризмы)

Аневризманы эмболизациялау (эмболизация аневризмы)

Экстра-бассүйекшілік тамырлы анастомоз (экстра-интракраниальный сосудистый анастомоз)

Артериялық-веналық мальформацияны кесіп алып тастау (иссечение артериовенозной мальформации)

Артериялық-веналық мальформацияны эмболизациялау (эмболизация артериовенозной мальформации)

Үңгірлі ангиоманы алып тастау (удаление кавернозной ангиомы)

басқалар, түрін көрсету (другие, указать какие)

Басқа операциялардың атауы (название других операций) _____

АХЖ-9 коды (код по МКБ-9) _____

18. Диагностикалық зерттеулер (Диагностические обследования)	Көрсеткіштер (Показатели)
Ж Қ Т ОАК	
Коагулограмма	
Глюкоза	
Л и п и д т і Липидный спектр	
Брахиоцефальді артериялардың УЗДГ брахиоцефальных артерий	УДДГ
ТИА кезінде бастың экстра- және (немесе) бассүйекішілік артерияларының стенозын немесе окклюзияларын диагностикалау үшін МСКТА немесе МРА МСКТА или МРА для диагностики окклюзии или стеноза экстра- и(или) интракраниальных артерий головы при ТИА	
М и Ангиография сосудов головного мозга	тамырларының ангиографиясы

19. Созылған оңалту (Продолженная реабилитация)

МДК мамандарының тексеріп-қарауы (Осмотр специалистов МДК)

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

кинезиотерапевт

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

Қимыл-қозғалыс бұзылуларында (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

өз-өзіне қызмет көрсетуде тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

жеке пассивті және активті ЕФК (индивидуальная пассивная и активная ЛФК)

Физиотерапевт

физиотерапия

Оңалту әлеуетін белгілеу (Определение реабилитационного потенциала)

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру) благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

қолайсыз (неблагоприятный)

20. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

жоқ (нет)

иә (да)

21. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления заболеваниями):

жоқ (нет)

Санаториялық - курорттық емделу (санаторно-курортное лечение)	
Жұмысқа орналастыру (трудоустройство)	

26.

қайтыс болды (умер), қайтыс болу күні (дата смерти) _____

_____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг)

27 Қайтыс болған орны (Место смерти):

үйде (дома),

стационарда (в стационаре),

басқа жерде (другом месте)

28. Стационардан шыққаннан кейін қайтыс болды (умер после выписки из стационара в течении):

1 ай (мес.),

3 ай (мес.),

6 ай (мес.),

1 жыл (года)

29 . Аутопсия жасалды (проводилась): Иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

30. Дәрігердің ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии) врача) _____

_____ Қолы (Подпись) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (офтальмология)
Контрольная карта диспансерного наблюдения (офтальмология)

	Амбулаторлық науқастың картасының № н е м е с е к о д ы (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____
--	---

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда)
(Ф. И. О. (при его наличии) врача)

Лауазымы (Должность) _____
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская
организация, наблюдающая больного) _____

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская
организация, к которой прикреплен больной) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /___/___/
___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/
аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___
_ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Шығарылу себебі (Причина снятия) сауығу (выздоровление),
диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаучаскеге
ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға
ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өнерге
кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы
страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное
п о д ч е р к н у т ь)

Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік
қадағалауға алынды
(Заболевание, по поводу которого взят под
диспансерное наблюдение)

10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз
установлен впервые в жизни)

к ү н і (д а т а)
Сопутствующие заболевания _____

10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Оңалту әлеуеті (Реабилитационный
потенциал): төмен (низкий),
орташа (средний), жоғары (высокий) (
керегінің астын сызыңыз)
(нужное подчеркнуть)
Мүгедектік болған жағдайда (При наличии
инвалидности) – мүгедектік
берілген диагноз (диагноз, по которому
оформлена инвалидность)

10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

белгілеу күні (дата установления
инвалидности) _____
мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____

Сырқатының анықталуы: емделуге
келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен
ету кезінде, басқалар (керегінің астын
сызыңыз) (астын сызыңыз) (Заболевание
выявлено: при обращении за лечением, при
профосмотре, при скрининге, другое (
нужное подчеркнуть))
Флюорографиялық қарау (
Флюорографический осмотр) _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии больного)) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное
подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

По общему заболеванию					По заболеванию глаз				
Код	Группа	Первично, повторно	Дата установления	Дата снятия	Код	Группа	Первично, повторно	Дата установления	Дата снятия

Бақылау динамикасы (Динамика наблюдения)

Қаралу күні Дата осмотра	Коррекциясыз және коррекциямен V i s u s Visusc коррекцией и без		Қилыкөзділік бұрышы балаларда) Угол косоглазия (у детей)		К I Қ ВГД		Роговица, хрусталик	Шыны дене мен кезтүбі Стекловидное тело и глазное дно		Дәрігердің Т.А.Ә. және қолы Ф.И.О. и подпись врача	
	OS	OD	OS	OD	OS	OD		OS	OD		OS	OD
							Әдіс/ Зерттеу аппараты Метод/ Аппарат исследования				

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Қант диабеті ауруын тіркеу және бақылау картасы
Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом

1. Тегі(Фамилия) _____ Аты(Имя) _____ Әкесінің аты(болған жағдайда)

(Отчество(при его наличии)) _____

2. Туған күні(Дата рождения) / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ г. 3. ЖСК(ИНН)
□□□□□□□□□□□□

4. Жынысы (Пол): 1- ер(муж); 2 – әйел(жен); 3. Соңғы келген күні (Дата последнего визита) / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ ж. г.

5. Ұлты (Национальность) _____

6. Тұрғын (Житель): 1- қаланың (города); 2- ауылдың(села)

7. Ұялы телефоны(Сотовый телефон) _____, E-mail _____

8. Тұратын жері (Место жительства): облысы(область) _____
қаласы(город) _____ аудан (район) _____

Елді мекені(населенный пункт) кент(поселок), ауыл(село) _____

9. Мүгедектік(инвалидность): 9.1. Мүгедектік анықталған жыл(год установления инвалидности) _____

10. Мүгедектік тобы(Группа инвалидности): 1-ші топ(1 группа); 2-ші топ(2 группа); 3-ші топ(3 группа); бала кезден(инвалид детства)

11. Мүгедектіктің себебі(Причина инвалидности): 1-қант диабеті(сахарный диабет); 2-миокард инфаргі(инфаркт миокарда);3-ми қан айналымының бұзылуы (нарушение мозгового кровообращения);4-көру қабілетінің жоқтығы(отсутствие зрения);5-нефропатия(нефропатия);6-аяқтардың ампутациясы(ампутация конечностей);7-қан тамырларының асқынуы(сосудистые осложнения);8-басқа ауру түрлері(другие заболевания)

12. Есепке алынған күні(Дата взятия на учет) /__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж.г.

13. Бақылауға алған дәрігер(Врач, ведущий наблюдение) _____

14. Басқа мекемеден келді(поступил из другой организации):

иә(да)жоқ(нет)

15. Бақылауға алған медициналық мекеме(медицинская организация наблюдения) _____

16. Толтырылған күні(дата заполнения) /__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж. г.

17. Қайтыс болған күні(дата смерти)/__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж. г.

18. Қайтыс болу себебі(причина смерти:)1-қантты диабет(сахарный диабет) диабеттік кома(диабетическая кома); гипогликемиялық кома(гипогликемическая кома); басқа себептер(другие причины); 2-қант диабетінің асқынуы(осложнения сахарного диабета); 3-басқа себептер(другие причины); 4-өзіне өзі қол жұмсау(суицид); 5-қайтыс болу себебі анықталмаған(причины смерти не установлены)

19. Қайтыс болу себебі (причина смерти)АХЖ шифры (шифр МКБ-10) _____

20. Патологоанатомдық диагноз(патологоанатомический диагноз) _____

21. Есептен шығарған күн (дата снятия с учета) /__/__/__//__/__/__//__/__/__//__/ ж. г.

22. Есептен шығару себебі(причина снятия): 1-сауығуы(выздоровление); 2-басқа жаққа кетуі(выезд); 3-қайтыс болуы(смерть), 4-диспансерлік байқаудан қол үзуі (отрыв от диспансеризации); 5-басқа мекемеге ауысуы(перевод в другую организацию)

23. Негізгі диагноз(основной диагноз)АХЖ шифры(шифр МКБ-10) _____

24. Диабеттің түрі(тип диабета): 1- 1-ші түрі(I тип); 2-ші түрі(2-II тип); 3-басқа түрлері(другие виды диабета); 4-глюкоза толерантінің өзгеруі(нарушение толерантности к глюкозе); 5-жүкті әйелдердің қант диабеті(сахарный диабет беременных)

25. Ауырлық дәрежесі(степень тяжести): 1-жеңіл(легкая); 2-орташа(средняя); 3-ауыр(тяжелая)

26. Компенсация дәрежесі(степень компенсации): 1-компенсация(компенсация); 2-субкомпенсация(субкомпенсация); 3-декомпенсация(декомпенсация)

27. Диета(диета): иә(да)жок(нет) 21.1. Тек қана диета(только диета)(дәрі-дәрмексіз(без лекарственных препаратов):

28. Мектепте оқыған соңғы уақыты(дата последнего обучения в школе) / __ / __ // __ / __ // __ / __ // __ / __ ж.г.

29. Дәрілік терапияның түрі(Тип лекарственной терапии): 1-бір дәрілік (монотерапия);

2-құрамдастырылған(комбинированная)

30. Инсулин терапиясының басталған жылы(год начала инсулинотерапии) __

31. Гликемияны өзінің бақылауы(самоконтроль гликемии):иә(да)жок(нет)

32. Глюкометрдің басым моделі(приоритетная модель глюкометра) _____

33. Глюкометрдің 2-ші дәрежелі моделі(второстепенная модель глюкометра)

34. Тіркелген кездегі мәліметтер(сведения на момент регистрации): бойы(рост) _____ (см); салмағы(вес) _____ (кг); ИМТ(ИМТ) _____

35. гликировандық гемоглобин(гликированный гемоглобин) HbA1c _____

36. Систоликалық қан қысымы(АД систолическое) _____, диастоликалық қан қысымы

(АД диастолическое) _____

37. креатинин(креатинин)ммоль/л _____;

38. жалпы холестерин(общий холестерин)ммоль/л _____; 39. ЛПНП/ЛПНПммоль/л _____

40. Жеткізу құралы(средства доставки):

Құралдар(средства)

--

41. Қосалқы терапия(сопутствующая терапия): 1-антигипертензиялық(антигипертензивная) АПФ ингибиторлар(/ингибиторы АПФ), ангиотензия рецепторларының блоктары(блокаторы рецепторов к ангиотензиму БРА), диуретиктер(диуретики), ББ бета-блокаторлары (бета-блокаторы ББ), АБ кальций каналдарының блокаторлары(блокаторы кальциевых каналов АБ), АБ альфа блокаторлар(альфа-блокаторы АБ), орталық әрекеттегі препараттар(препараты центрального действия), рениметтік ингибиторлар (прямые ингибиторы ренима); 2-гиполипидемиялық препараттар (гиполипидемические препараты) статиндер(статины), фибраттар(фибраты), никотин қышқылы (никотиновая кислота), ЖК Омега-3(омега-3 ЖК), эзитимиб(эзитимиб); 3-анемияға қарсы препараттар(антианемические препараты); 4-антиагреганттар(антиагреганты); 5-глюкозаминогликандар (гликозаминогликаны)

42. Қабылдаған және көрсетілген дәрі-дәрмектер (полученные и показанные ЛС)

Атауы(название)	Тәуліктік саны(количество в сутки)	Басталған күні (дата начала)	Біткен күні (дата завершения)	Түрі(вид)	Типі (Тип)

43. Асқынулар(осложнения)

Асқыну (осложнение)	Белгіленген жыл (год установления)

1-жіті асқынулар(острые осложнения): кома(кома)гиперосмолярлы(гиперосмолярная), лактаацидотиялық (лактаацидотическая), кетоацидотиялық (кетоацидотическая), гепогликемиялық (гепогликемическая); диабеттік кетоацидоз (комасыз) ауруханаға жатқызуды керек ететін(/диабетический кетоацидоз (без комы), потребовавший госпитализации); 2-диабеттік микроангиопатиялар(диабетические микроангиопатии): ретинопатия (ретинопатия пролиферативтік емес саты (непролиферативная стадия), препролиферативтік саты (препролиферативная стадия), пролиферативтік саты (пролиферативная стадия), терминалды саты (терминальная стадия); нефропатия(нефропатия) С1 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ): С1, С2 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С2), С3а СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3а), С3б СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3б), С4 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С4), С5 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С5) гемодиализ, перитонеалды диализ, бүйрек трансплантациясы,микроальбуминурия,протеинурия,ХПН(гемодиализ,перитонеальный диализ, трансплантация почки, микроальбуминурия, протеинурия, ХПН); 3-катаракта(катаракта) артифакия(артифакия), көз жанарының жоқтығы (отсутствие зрения); 4-диабеттік макроангиопатия (диабетические макроангиопатии): атеросклероз(атеросклероз) ұйқы

артериясының атеросклерозы (атеросклероз сонных артерий), аяқ-кол атеросклерозы (атеросклероз нижних конечностей), ми қан тамырларының атеросклерозы (атеросклероз сосудов головного мозга), бүйрек артериясының атеросклерозы (атеросклероз почечных артерий), коронарлық артериясының атеросклерозы (атеросклероз коронарных артерий); стенокардия(стенокардия): тыныш кездегі (покоя), кернеу(напряжения) бірінші рет пайда болған(впервые возникшая), тұрақты (стабильная), ары қарай жалғасатын (прогрессирующая); миокард инфарктісі (инфаркт миокарда) кернеу(напряжения), бірінші рет (первичный), қайталану (повторный); созылмалы жүрек кемістігі (хроническая сердечная недостаточность) NYHA: I бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: I, NYHA: II бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: II), NYHA: III бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: III), NYHA: IV бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: IV); цереброваскулярлық аурулар(ОНМК, Инсульт) (цереброваскулярные заболевания) (ОНМК, Инсульт) ишемиялық (ишемический), геморрагиялық (геморрагический), мидың транзиторлық бұзылуы (транзиторное нарушение мозга), атеросклеротикалық кардиосклероз (атеросклеротический кардиосклероз); аяқ макроангиопатиясы (макроангиопатия нижних конечностей) сезіну қабілетінің төмендеуі (снижение чувствительности), ауру (боль), ауыспалы ақсаңдау (перемежающаяся хромота), терінің дистрофиялық өзгеруі (дистрофические изменения кожных покровов), трофикалық ойық жара (трофические язвы), диабетикалық табан синдромы (синдром диабетической стопы) нейропатикалық түрі (нейропатическая форма), нейроишемилік түрі (нейроишемическая форма), остеоартропатиялық түрі (остеоартропатическая форма); 5- диабетикалық нейропатия (5-диабетическая нейропатия): (полинейропатия) полинейропатия, автономды (автономная) көз жанары қызметінің аномалиясы (аномалия зрачковой функции), тердің шығу дисфункциясы (потовыделительная дисфункция), ішек-қарын автономды нейропатиясы (желудочно-кишечная автономная нейропатия), диабетикалық энтеропатия (диабетическая энтеропатия), жүрек-қан тамырының автономды нейропатиясы (сердечно-сосудистая автономная нейропатия), гипогликемияны анықтай алмау синдромы (синдром нераспознавания гипогликемии); сенсорлы (сезімтал) нейропатия (сенсорная (чувствительная) нейропатия) ауырсыну, сезімталдықтың жоғалуы, басқа да сезімталдықтың жоғалуы, диабетикалық нейропатиялық кахексия (болезненная, отсутствие чувствительности, другие нарушения чувствительности, диабетическая нейропатическая кахексия); 6-басқа да асқынулар (другие осложнения): гипертония (1 сатылық АГ, 2 сатылық АГ, 3 сатылық АГ), гипертония (1 степень АГ, 2 степень АГ, 3 степенъ АГ), дислипидемия (дислипидемия) I-түрі, Iа-түрі, Iіb-түрі, III-түрі, IV-түрі, V-түрі, (

тип I, тип IIa, тип IIb, тип III, тип IV, тип V), ампутация (ампутация) бір, бірнеше бармақтар, тізе және одан жоғары ампутациялар (ампутация одного пальца, ампутация более одного пальца, ампутация кисти, ампутация голени, высокая ампутация), физикалық дамудың тоқталуы (задержка физического развития), остеопороз (osteoporosis) остеопения, остеопороз (osteoporosis), сынықтар (переломы), анемия (анемия) қандағы темір тапшылығы, нефрогенді, басқа да (железодефицитная, нефрогенная, другая), гиперпаратиреоз (гиперпаратиреоз) бірінші, екінші, үшінші (первичный, вторичный, третичный), диабетикалық қол синдромы (синдром диабетической руки) хайропатия 0-сатысы, I-сатысы, II-сатысы, III-сатысы, IV-сатысы, V-сатысы (хайропатия) стадия 0, стадия I, стадия II, стадия III, стадия IV, стадия V; пародонтоз (пародонтоз); Мориака синдромы (синдром Мориака); Сомоджи синдромы (синдром Сомоджи); гепатит (гепатит); тері патологиясы (патология кожи); липодистрофия (липодистрофия)

44. Диспансеризация (диспансеризация) 45. Емдік-профилактикалық іс-шаралар

(лечебно-профилактические мероприятия)

Басталған күні(дата начала)	Біткен күні(дата окончания)	Іс-шаралар(мероприятие) *

*ауруханаға жатқызу(госпитализация), санаторлы-курорттық емдеу(санаторно-курортное лечение), мүгедектікке өткізу(перевод на инвалидность)

Шағымдар(жалобы) _____

Объективті статус(объективный статус) _____

Нұсқаулар(рекомендации) _____

46. Дәрігерге келу(посещения)

Келетін күні(дата явки)	Жоспарлы қаралу күні(дата планового осмотра)	Қаралудың қортындысы(результат осмотра)	Дәрігер(врач)	Пациент жағдайының мониторингі(мониторинг состояния пациента)*

* Эндокринологтың, неврологтың, көз дәрігерінің қарауы, диабетикалық табан кабинетінде қаралуы, бойы, салмағы, систолдық АД, диастолдық АД, HbA1c,%, ашқарындағы глюкоза деңгейі (ммоль/л), тамақтанғаннан 2 сағаттан кейін глюкоза деңгейі (ммоль/л), бір айдағы гипогликемияның орташа саны, гипокликемияның ауыр түрі (басқаның көмегіне қажеттілік), жалпы холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицеридтер (ммоль/л), несеп қышқылы (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м2), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

* Прием эндокринолога, осмотр невролога, осмотр офтальмолога, осмотр в кабинете диабетической стопы, рост, вес, АД систолическое, АД диастолическое, HbA1c,%, уровень глюкозы натощак (ммоль/л), уровень глюкозы через 2 часа после еды (ммоль/л), среднее количество гипогликемий в месяц, тяжелые гипогликемии (потребовалась посторонняя помощь), общий холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицериды (ммоль/л), мочева кислота (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м2), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

47. Жүктіліктер (беременности): жүктіліктің жалпы саны(общее число беременностей) _____,жүктілік саны (число беременностей), қалыпты жүктіліктің саны (закончившихся нормальными родами) _____, Тіркелген жылдағы жүктіліктің өтуі және аяқталуы (жүктілік жоқ, қазіргі уақытта жүктілік бар, жүктіліктің үзілуі,қалыпты босану, өздігінен болған түсік, түсік), (беременность в год регистрации или наблюдения и ее исход (беременности нет, беременна в настоящее время, беременность прервана, нормальные роды, самопроизвольный аборт, аборт)), жайсыз аяқталған жүктілік саны (число беременностей с неблагоприятным исходом)

Есепке алынған күн(дата взятия)	Жүктілік мерзімі (срок беременности)	Ауруды бақылайтын медициналық мекеме(мед.организация, наблюдающая больного)	Есептен шығарылған күн (дата снятия)	Босанған (аборт жасаған) күні (дата родов (аборта))

48. Жанама құбылыстар (побочные явления):

Препарат (препарат)	Алғашқы (впервые)	Алған дозасы(полученная доза)	Жанама құбылыстар(побочные явления) *

*Агранулоцитоз,анорексия, эпигастриядағы ауырсыну, бозару(гипогликемиялық жағдай),терлеу,жүрек соғуы, гипогликемиялық кома, диарея, асқазан жұмысының бұзылуы, қалқанша безінің жұмысының бұзылуы, гиперемия (аллергиялық реакция), лейкопения, липодистрофия (ұзақ қолданғанда),безгектік жағдай, ауыздың темір татуы, метиоризм, рефракцияның бұзылуы, ұйқының бұзылуы, гемопозаның бұзылуы, бауыр жұмысының бұзылуы, еңтігу, қышыма (аллергиялық реакция), қан қысымының төмендеуі, тәбеттің төмендеуі, тахикардия,жүрек айну, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, дәріге аллергия,сарысулық ауру, асқазан жолында стеройдты ойық жараның пайда болуы, есекжем (аллергиялық реакция), өттің қабынуы, аш ішектің тесілуі, тоқ ішектің тесілуі, асқазаннан қан кету, панкреатит , остепарозбен дамыған қайталмалы гиперпаратиреоз, гиперлипидемия, белоктағы катоболизмнің жоғарлауы, гипергликемия, стеройдты диабет, тері

кышымасы (аллергиялык реакция), арткы субкапсулярлы катаракта, ретинит, глаукома, психикалык ауытқу, белсенділіктің төмендеуі, бейжайлық, ұйқысыздық, сарғайған цитостатикалық гепатит, екінші гиперурикемия, некротикалық энтеропатия, геморрагиялық цистит, ангионевротикалық ісік (аллергиялык реакция), гемолитикалык анемия, реактивті менингит, стоматит, терінің бөртуі, шаштың түсуі, өңеш ісігі. (аллергиялык реакция), анафилатикалык шок (аллергиялык реакция), анемия.

*Агранулоцитоз, анорексия, боль в эпигастрии, бледность (гипогликемическое состояние), потливость (гипогликемическое состояние), сердцебиение (гипогликемическое состояние), гликемическая кома, диарея, диспептические расстройства, дисфункция щитовидной железы, инсулинорезистентность, гиперемия (аллергическая реакция), лейкопения, липодистрофия (при длительном применении), лихорадочное состояние, металлический привкус во рту, метеоризм, нарушение рефракций, нарушение сна, нарушение гемопоза, нарушение функций печени, одышка, зуд (аллергическая реакция), понижение артериального давления, снижение аппетита, тахикардия, тошнота, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, образование стероидных язв желудочно-кишечного тракта, крапивница (аллергическая реакция), воспаление желчного пузыря, перфорация тонкого кишечника, перфорация толстого кишечника, желудочно-кишечные кровотечения, панкреатит, вторичный гиперпаратиреоз с развитием остеопороза, гиперлипидемия, повышение катаболизма белка, гипергликемия, стероидный диабет, кожная сыпь (аллергическая реакция), задняя субкапсулярная катаракта, ретинит, глаукома, психическая неуравновешенность, снижение активности, интереса к окружающему, бессоница, цитостатический гепатит с желтухой, вторичная гиперурикемия, некротическая энтеропатия, геморрагический цистит, ангионевротический отек (аллергическая реакция), гемолитическая анемия, реактивный менингит, стоматит, кожные высыпания, облысение, отек гортани (аллергическая реакция), анафилатический шок (аллергическая реакция), анемия

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасына қосымша парак
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Бүйрегі ауыратын науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения больного
с заболеваниями почек № _____

	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного
--	--

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда)
(Ф. И. О. (при его наличии) врача)

Лауазымы (Должность) _____

— Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____

— Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

больного (истории развития ребенка)) _____

Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Диагноз өмірінде 1 рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____

күні (дата) _____
БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП) _____

10-АХЖ коды (шифр МКБ - 10) _____

Сопутствующие заболевания _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____
мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____
Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде,

Күні (дата)	Бойы (Рост) (см)	Салмағы (Вес) (кг)	Креатинин	жылдамдығы (Ш С Ж) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))	(Бүйректің созылмалы ауруының ағымы (БСА) KDOQI жіктемесі бойынша (стадия хронической болезни почек (ХБП) по классификации KDOQI

13. Бүйрек алмастырушы терапия қолданылады (получает заместительную терапию): Иә / Жоқ

Қолданылатын болса (если да): Перитонеальдық диализ (перитонеальный диализ)/ Гемодиализ (Гемодиализ)/

Бүйрек трансплантациясы (трансплантация почки)

14. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету) (Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать)).

15. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

16. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность))

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационаророзамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

17. Қайтыс болу себебі (Причина смерти)

_____ АХЖ-10 шифры (ш и ф р М К Б - 1 0)

18. Қайтыс болған орны (Место смерти) үйде, стационарда, басқа жерде (к е р е г і н і ң а с т ы н с ы з ы ң ы з)
(дома, в стационаре, другом месте (нужное подчеркнуть))

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасына қосымша парак
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Бүйрегі трансплантталған науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау
к а р т а с ы

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного с трансплантированной
почкой № _____

	<p>Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____</p> <p>Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>-----</p> <p>10-АХЖ коды (код по МКБ-</p>
--	--

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда)
(Ф. И. О. (при его наличии) врача)

Лауазымы (Должность) _____

— Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____

— Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

10) _____
Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____

күні (дата) _____
БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП) _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Сопутствующие заболевания _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____
мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____

Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз)

(Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть))

Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 23
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша Код организации по БИН _____	ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы
Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством

Картаны толтырған күні _____

Дата заполнения карты _____

айы, жылы (месяц, год)

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____ ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

2.Мекен-жайы (Адрес) _____	Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность) _____
Мекен-жайының Код места жительства	к о д ы _____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Жұмыс істемейтіндер үшін (для не работающих):
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Жасы бойынша зейнетақы (пенсия по

республика, өлке, облыс қала, аудан (республика, край, область) (город, район)	возрасту) -	2
3. Тұрғыны (житель): қаланың (города), ауылдың (села)	Мүгедектігі бойынша зейнетақы (пенсия по инвалидности)	-3
4. Жынысы (пол): ер (мужской), әйел (женский)	Стипендия	- 4
5. Жұмыс істеуі (работает): иә (да), жоқ (нет)	Жеке адамдар қолында (на иждивении отдельных лиц)	- 5
6. Оқуы (Учится в): орта мектепте (средней школе) К Т К (П Т К)	Басқалар (прочее) ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп (школа для умственно отсталых)	- 6
орта арнаулы оқу орны (среднем специальном учебном заведении)	басқа (прочее) оқымаған (не учился)	--5 --6
жоғары оқу орнында (вышем учебном заведении)	8. Кім жіберді (астын сызу керек) (кем направлен (подчеркнуть)):	--4
басқалар (прочее) оқымайды (не учится)	психиатриялық (психоневрологиялық) ұйым	--5 -- 1
7. Білімі (образование): жоғары (высшее) аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) арнаулы орта (среднее специальное)	(психиатрическая (психоневрологическая) организация) наркологиялық ұйым (наркологическая организация);	-- 1 --2
орта мектепте бітірген сыныбының саны ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп саналмайды (число оконченных классов средней школы, исключаая школу для умственно отсталых)	басқа медициналық ұйым (другая медицинская организация); медициналық емес ұйым (немедицинская организация);	--3 --4
9. Ауруды анықтаған негіздер (Источник выявления заболевания):	өзідігінен (самостоятельно); басқа (прочее);	--5 --6
10. Медициналық ұйым (көрсету)(Медицинская организация (указат ь))		

11. Білім беру органдары: облыстық балалар үйі, жасөспірімдер үйі, мектеп (профтексеру), мектеп әкімшілігі, ЖОО, балалар үйі (Органы образования (подчеркнуть): областной детский дом, дом юношества, школа (профосмотр), администрация школы, ВУЗ, детский приют);

12. Құқық қорғау органдары: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, ЖПБ, ТӘАЖ, УИС, Әкімшілдік сотталған тұлғаларға арналған арнайы қабылдағыш, СИЗО (Правоохранительные органы: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, УДП, СОБР, УИС, Спецприемник для административно задержанных лиц, СИЗО) ;

13. Сараптама: СНЭК, медициналық негіздеу (Экспертиза: СНЭК, медицинское освидетельствование);

14. Шығарым сараптамалары: облыстық наркологиялық диспансері, облыстық психиатриялық ауруханасы (Выписные эпикризы: областного наркологического диспансера, областной психиатрической больницы);

15. Военкомат: қалалық, облыстық (Военкомат: городской, областной) ;

16. Өз бетімен хабарласу (Самостоятельное обращение);

17. Уақытша қалпына келтіру және уытсыздану орталығы (Центр временной адаптации и детоксикации).

18. Сырқаты басталған күні (Дата начала заболевания):

□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

19. Бақылауға алынды (Взят под

айы (месяц) жылы (год)

наблюдение): өмірінде бірінші рет (впервые в жизни) қайталануы (повторно);

20. АХЖ-10 бойынша диагнозы қойылып қайта қаралған күнімен.

Диагноз по МКБ-10 с датой установления и пересмотра

ойылған және (қайта қаралған) айы жылы Дата установления (пересмотра) месяц год	Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза	Негізгі диагнозының коды Код основного диагноза	Қосалқы диагнозының коды Код сопутствующего диагноза

21. Қоғамға қауіпті іс-әрекеттері - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚҚІӨ)

Общественно-опасные действия – при наличии (далее – ООД)

ҚҚІӨ түрі Вид ООД*)	Бабы Статья	Кодекс	Жасалған күні Дата совершения		ҚҚІӨ түрі Вид ООД*)	Бабы Статья	Кодекс	Жасалған күні Дата совершения	
			айы месяц	жылы год				айы месяц	жылы год

*Қылмыстық құқық бұзу (Уголовное правонарушение) – 1; әкімшілік (административное) – 2; өзіне-өзі қол жұмсау (суицидальная попытка) - 3; басқа (прочее) - 8

22. Аутоозбырлық мінез-құлық - болған жағдайда (бұдан әрі –АОМ)

Аутоагрессивное поведение – при наличии (далее – АП)

№	АОМ Вид АП*	түрі	Уәжі Мотив**	Аяқталуы Исход**	Жасалған күні Дата совершения	
					айы месяц	жылы год

*Өзін-өзі асу (самоповешение) -1, Өзін-өзі кесу (самопорез) -2, өзін -өзі улау (самоотравление) -3, биіктіктен құлау (падение с высоты) -4, өзін-өзі ату (самострел) -5, құрамды (комбинированное)- 6, басқа (прочие) -7

** сандырақтық (бредовой)-1, ауырғыш анестезия (болезненная анестезия)-2, дауыстардың бұйыруы ("приказ голосов")- 3, наразылықтың реакциясы (реакция протеста) -4, еліктеу реакциясы (реакция имитации)-5, тұлғааралық кикілжің (

махаббат) (межличностный конфликт (любовь))-6, өмірден шаршауы ("усталость от жизни")-7, аурудан шаршауы ("усталость от болезни")-8, құрамды (комбинированный)-9, басқалар (прочие)-10

***Тірі (жеңіл жарақат) (Жив (легкие травмы))-1, Тірі (ауыр жарақат) (Жив (тяжелые травмы))-2, өлді (умер)-3, тірі (жарақаты жоқ)(жив (травм нет))-4

23. Бақылау динамикасы

Динамика наблюдения

Бақылау түрі В и д наблюдения *)	Тобы **) Группа **)	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Дата окончания		Бақылау түрі *) В и д наблюдения *)	Тобы **) Группа **)	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Дата окончания	
		айы	жылы	айы	жылы			айы	жылы	айы	жылы
		месяц	год	месяц	год			месяц	год	месяц	год

*) Бақылау түрі (вид наблюдения): диспансерлік (диспансерное) – 1; кеңестік (консультативное) – 2; профилактикалық (профилактическое) – 3;

***) Арнайы есеп (спеучет) – 8; 1-ден 6 топтарын аймақтың бас психиатрінің (наркологінің) нұсқауымен тағайындайды (с 1 по 6 группы устанавливаются инструкциями главных психиатров (наркологов) территории; белгісіз (неизвестно) – 9;

24. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу (Получает заместительную поддерживающую терапию) _____ жылғы _____ бастап _____ жылғы _____ дейін.

25. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу аяқтау себебі (Причина окончания заместительной поддерживающей терапии): 1-ерікті тоқтату (добровольное прекращение); 2- келісім-шартын бұзуға байланысты (в связи с нарушением условий контракта); 3- қылмыстық жауапкершілікке тарту (привлечение к уголовной ответственности (арест); 4-жүріп кету (выезд); 5- стационарлық емдеу (стационарное лечение); 6- өлім (смерть); 7- басқасы (прочие)

26. Дәрімен емдеу, оған алмастырғыш қолдаушы терапия препараттарын қоса (Фармакотерапия, включая препараты заместительной поддерживающей терапии)*

Дәрімен емдеу (Фармакотерапия)*

		Аяқталған мерзімі		

Препараттың атауы** Наименование препарата**	Басталған мерзімі		Дата окончания		Енгізудің тәсілі*** Способ введения***	Тәуліктегі ең үлкен мөлшер Максимальная суточная дозировка (мг)	Аяқталған себебі**** Причина окончания****
	Дата начала						
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			

*) науқасқа тағайындалған барлық препараттар енгізіледі (вносятся все препараты, назначенные больному)

***)саудалық атау (торговое название)

****)бұлшық ет ішіне (внутримышечно)-1, көктамыр ішіне(внутривенно)-2, ауыз арқылы (перорально)-3

*****) нәтиженің жоқ болуы (отсутствие эффекта)-1, аурудың бас тартуы (отказ больного)-2, дәрінің жоқ болуы (отсутствие препарата)-3, емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)-4, емдеу курсының аяқталуы (окончания курса лечения)-5, аллергия-6

27. Емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)

ЕКҚ түрі* Вид НЯ*	Дәрінің атауы** Наименование препарата**	Енгізудің тәсілі Способ введения	ЕКҚ жасаған мөлшерлеме Дозировка, вызвавшая НЯ (мг)

*) жедел экстрапирамидтік синдром (острый экстрапирамидный синдром)-1, гормондық бұзылыстар (гормональные нарушения)-2, ұйқышылдық(сонливость)-3, психоздық симптомдардың күшеюі (усиление психотических симптомов)-4, ішкі мүшелер тарапынан бұзылыстар (нарушения со стороны внутренних органов)-5, аллергия-6, басқа (прочее)-7.

***)саудалық атау (торговое название)

Бақылауды тоқтатқанда толтырылады

Заполняется при прекращении наблюдения

28. Бақылауды тоқтату себебі (причина прекращения наблюдения):

жазылуы және жақсаруының тұрақталуы (выздоровление или стойкое улучшение) --1

қайтыс болуы (смерть) -- 2

басқа ауданға көшуі (выезд в другой район) --3

бір жыл бойы мәлімет болмауы (отсутствие сведений в течение года) --4

психикалық (наркологиялық) сырқат диагнозының алынуына байланысты (в связи

со снятием диагноза психического (наркологического) заболевания

) – 6; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (1 және 2 топ) (инвалидность по общему заболеванию (1 и 2 группы)) – 7; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (3 топ) (инвалидность по общему заболеванию (3 группы)) – 8.

37. Жұмыс ішкі істер органдары/Работа с органами внутренних дел

Хабарламаны жіберу күні Дата отправки извещения	Жауаптың алынған күні Дата получения ответа	Дата явки Келу күні

38. Үйдегі патронаж /Патронирование на дому

Берілген күні Дата выдачи патронажа	патронаж	Орындалу күні Дата выполнения патронажа	патронаж

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 24
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 043/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Стоматологиялық науқастың медициналық картасы
Медицинская карта стоматологического больного
№ _____ 20 _____ жылы (год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____ ЭАОЖ коды (Код КАТО _____)

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (е, ә) (Пол (м, ж)) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Диагноз _____

Шағымы (Жалобы) _____

Бұрын ауырған және қосалқы сырқаттары (Перенесенные и сопутствующие заболевания)

Осы сырқаттың дамуы (Развитие настоящего заболевания) _____

Объективті зерттеу деректері, сыртқы қарау (Данные объективного исследования, внешний осмотр) _____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

_____ Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____ Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

Емделуі
(Лечение) _____

Күні Дата	Анамнез, статус, диагноз және қайта сырқаттанып келгендегі емделу күнделігі Дневник анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторным заболеванием	Емдеуші дәрігердің тегі Фамилия лечащего врача

Тексеру жоспары План обследования	Емдеу жоспары План лечения	Кеңестер Консультации	Орындаушы Исполнитель	Тапсырыс беруші Заказчик	Емдеубағасы Стоимость лечения

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Стоматологиялық қабылдауда баланың зерттеу жоспары/
 План обследования ребенка на стоматологическом приеме

І. Сыртқы пішінді сыйпаттау:
І. Внешний осмотр:
1. Бойын ұстау – А-қалыпты; Б-арқасы Тегіс; В-бүкіреген; Г-арқасы жоталы; Д-бойын ұстауы енжар 1. Осанка – А-норма, Б-сплошная спина, В – сутуловатость, Г-круглая спина, Д - вялая осанка.
2. Бет – А-түзу; О – екі жағы тең; В – екі жағы тең емес; Г – еріннің, қызыл иектің дамуында кемшіліктер бар; Д – өзге құбылыстар пайда болған. 2. Лицо-А-пропорциональное; О-симметричное; В-асимметричное; Г-имеются пороки развития губ, неба; Д-новообразования.
3. Зиянды әдеттер: А-саусағын, тілін, басқа заттарды сору; Б-ернін, ұрттарын тістелеу; В-ұйықтаған және ояу кезінде жұдырығын ұртының астына салу. 3. Вредные привычки-А-сосание пальцев, языка, предметов, Б-прикусывание губ, щек; В-подкладывание кулочка под щеку во время сна, бодрствования.
ІІ. Атқаратын қызметінің байқауы:
ІІ. Изучение функций:
1. Дем алу-А-мұрнымен, Б-аузымен, В-аралас. 1. Дыхание-А-носовое; Б-ротовое; В-смешанное.

2.	Шайнау-А-белсенді;	Б-енжар;	В-қиындықпен.
2.	Жевание-А-активное; Б-пассивное; В-затруднено.		
3.	Жұтыну-А-еркін;	Б-дамымағын;	В - қиындықпен.
3.	Глотание-А-свободное; Б-инфактильное; В-затруднено.		
4.	Сөйлеу-А-аңық;	Б-қиындықпен,	В-дыбыстарды айтқанда тұтығу.
4.	Речь-А-ясная; Б-затрудненная; В-спотыкание при произношении звуков.		
5.	Еріндердің	айқасуы-А-айқасқан;	Б-айқаспаған.
5.	Смыкание губ – А-сомкнуты; Б-не сомкнуты		
III.	Стоматологиялық		мәртебе:
III.	Стоматологический статус:		
1.	Аймақтық лимфа түйіндерді-А-үйғалмаған, Б-қозғалмалы, В-ауырмайды, Г-ұлғайған, Д-біріккен, Е - а у ы р а д ы .		
1.	Регионарные лимфоузлы-А-не увеличены; Б-подвижны; В-болезненны; Г-увеличены; Д-спаяны, Е-болезненны.		
2.	Ауыз маңы-А-еріндер	козғалмалы,	Б- аз козғалады.
2.	Приротовая область-А-губы подвижны; Б- мало подвижны.		
3.	Ауыз қуысының алды-А-уақ (5мм дейін), Б-орташа (5-10мм), В-терең (10мм артық).		
3.	Предварие полости рта – А-мелкое (до 5мм), Б-среднее (5-10мм), В-глубокое (более 10мм).		
4.	Үстінгі ерін жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.		
4.	Уздечка и губы –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.		
5.	Тіл жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.		
5.	Уздечка языка –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.		
6.	Ауыз қуысының шырышты қабығы-А-сулы, Б-қурғақ, В-сәл қызыл, Г-ашық қызыл.		
6.	Слизистая полости рта-А-влажная, Б-сухая, В-розовая, Г- гиперемированная.		
7.	Қызыл иек маңы-А-тығыз жанасқан,Б-тістен алыстаған,В-ашық қызыл,Г-босансыған, Д-сәл қызыл.		
7.	Десневой край-А-плотно прилегает; Б-отходят от шеек зубов; В-гиперемированна; Г-разрыхлен; Д-розовый.		
8.	Тіл- А-сәл қызғылт, Б-сулы, В-қатпарлы, Г-тегіс, Д-қапталған, Е-эпителий десквамациясының ошағы.		
8.	Язык - А-розовый, Б-влажны, В-складчатый, Г-гладкий, Д-обложен, Е-очаги десквамации эпителия.		
9.	Тіс қатарының түрі-А-жартылай дөңгелек, Б-трапеция тәрізді, В-эллипс тәрізді.		
9.	Форма зубного ряда-А-полукруглая, Б-трапецивидная, В-эллипсоидная.		
10.	Жақ-А-қалыпты, Б-үстінгі диастемасы, В-трем бар, Г-трем жоқ, Д-алға ерін жаққа, Е- тіс таңдай жаққа, Ж-тіс қатарының тарылуы, тістердің үйірілуі.		
10.	Состояние челюстей-А-норма, Б-диастема в челюсти, В-наличие трем, Г-отсутствие трем, Д-протруссия, Е-ретруссия, Ж-сужение зубных рядов, скученность зубов.		
11.	Жақтардың тістеуі-А-ортогонатиялық, Б-терең, В-прогения, Г-прогнотия, Д-айқасқан.		
11.	Соотношение челюстей-А-ортогнатический, Б-глубокий, В-прогения, Г-прогнотия, Д-перекрестный.		
12.	Тістердің орналасуының ауытқуы –А-жоқ, Б-вестибулярды, В-таңдайлы, Г-тілде.		
12.	Аномальное положение зубов-А-отсутствие, Б-вестибулярное, В-небное, Г-язычное.		
13.	Тістердің шығуы-А-қалпында; Б-ерте шыққан, В-кеш шыққан, Г-қосарланған, Д-қосарланбаған.		
13.	Прорезывание зубов-А-норма, Б-прждевременное, В-запоздалое, Г-парное, Д-непарное.		
14.	Тістің түсі-А-ақ	түсті,	Б-сары, В-күрең.
14.	Состояние тканей зуба-А-цвет белый, Б-желтый, В-серый.		
15.	Тістердің	пішіні-А-дұрыс,	Б-өзгерген
15.	Форма зуба-А-правильная, Б-измененная.		
16.	Кариоздық емес бұзылулар-А-жоқ, Б-гиперплазия, В-гипоплазия кариеспен асқынған, Г-кариеспен қосылған гипоплазия, Д-аплазия, Е-флюороз.		

16. Некариозные поражения-А-отсутствуют, Б-гипоплазия, В-гипоплазия осложненная кариесом, Г-гипоплазия в сочетании с кариесом, Д-аплазия, Е-флюороз.	
17. Деминерализация ошағы-А-табылды, Б-жоқ. 17. Очаги деминерализации-А-выявлены, Б-отсутствуют.	
18. К а р и е с т і н е р ш у - К П - К П Ж . 18. Интенсивность кариеса-КП-КПУ.	
19. Ауыз қуысының гигиеналық жағайы – ГЖ. 19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ	
20. Стоматикалық топ –А-I, Б-II, В-III.Г-IV, Д-V. 20. Стоматическая группа здоровья – А-Iгр., Б-IIгр.,В-IIIгр, Г-VI гр., Д-V гр.	
21. Стоматологиялық диспансерлік топ - А-I, Б-II, В-III. 21. Стоматологическая диспансерная группа - А-I, Б-II, В-III.	

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

М е к т е п о қ у ш ы с ы н ы ң
с а н а ц и я л ы қ к а р т а с ы
Санационная карта школьника
20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болғанжағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туғанкүні (Дата рождения) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Мектеп (Школа)№ _____ бала-бақша (детсад)№ _____ ұйым (организация) _____

Тұрмыс жағдайы мен тамақтану сипаттамасы (Условия быта и характер питания) _____

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Қазіргі денсаулық жағдайы (Состояние здоровья в настоящее время) _____

Жеке тістердің және тістемнің аномалиялары (Аномалии отдельных зубов и прикуса) _____

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 055-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 055-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы

Карта пациента, заполняемая

социальным работником/психологом

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) күні, айы, жылы(число/месяц/год) _____ / _____
/ _____ жылғы (года).

3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2- әйел (жен) 4. ЖСН/ИИН _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)

6. Мекенжайы (Место жительства)

7. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1-иә (да), 2- жоқ (нет); 5.1. Тұрғыны (Житель): 1-қаланың (города), 2- ауылдың (села)

8. Халық категориялары (Категории населения): 1-оқушы (школьник), 2- студент (студент), 3-жұмыс істеуші (работающий), 4-жұмыссыз (безработный), 5 -басқа (другое)

9. Жеңілдік алушылар категориясы (Категория льготников): 1- ОСМ (ИОВ), 2- ҰОСҚ (УВОВ); 3-интернационалист жауынгер (воин-интернационалист); 4- бала кезінен мүгедек (инвалид детства); 5- ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию), 6- басқа жеңілдік алушылар (прочие льготники)

10. Қаралу себебі (Повод обращения): 1-кеңес (консультация), 2-ауруы (заболевание), 3-Әлеуметтік мәселе (социальная проблема), 4 психологиялық мәселе (психологическая проблема), 5-тренингтарда қатысу (участие в тренингах), 6- басқа (другое)

11. Кім жолдады (Кем направлен): 1- өзі келді (самообращение), 2- медициналық ұйымдар (медицинские организации), 3- мемлекеттік ұйымдар мен мекемелер (государственные организации и учреждения), 4 - үкімет емес ұйымдар (неправительственные организации), 5 – басқалары (прочие)(тізімге жазу (вписать)_____)

12. Ақпарат қайнар көзі (Источник информации): 1- дәрігер (врач), 2- мейірбике (медсестра), 3-әке-шешелері (родители), 4- достары (друзья), 5- әріптестері (коллеги), 6-БАҚ (СМИ), 7-сенім телефоны (телефон доверия), 8- басқа (другое)

13. Сапарлар (Визиты): 1-алғашқы (первичный), 2- қайта (повторный)

14. Келуі (Посещения):

Күні (Дата)	Келу уақыты (Время посещения)	Келу түрі (Вид посещения) (жеке кеңесу) (индивидуальное консультирование, топтарда кеңесу (групповая консультация), үйге келу (посещение на дому))

15. Әлеуметтік-психологиялық мәселені бағалау (Оценка социально-психологической проблемы)

16. Әлеуметтік қызметтер түрі/(Виды социальных и психологических услуг): 1-әлеуметтік-медициналық қызметтер (социально-медицинские услуги) 2- әлеуметтік-психологиялық қызметтер (социально-психологические услуги) 3- әлеуметтік-педагогикалық қызметтер (социально-педагогические услуги) 4- әлеуметтік-экономикалық қызметтер(социально-экономические услуги) 5- әлеуметтік-құқықтық қызметтер (социально-правовые услуги) 6- әлеуметтік-тұрмыстық қызметтер (социально-бытовые услуги) 7- әлеуметтік-еңбек қызметтер (социально-трудовые услуги) 8) әлеуметтік-мәдени қызметтер (социально-культурные услуги); 9) жеке психологиялық кеңестер (индивидуальные психологические консультации); 10) отбасылық психологиялық кеңестер (семейные психологические консультации); 11) топтарда кеңесу (групповые консультации)

17. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1-жағдайды шешу (решение ситуации), 2-жағдайды жақсарту (улучшение ситуации), 3-өзгеріссіз (без перемен), 4- клиенттің бас тартуы (отказ клиента), 5-басқа (другое)

18.Қаралу оқиғасы (Случай обращения): 1-аяқталды (завершен), 2- аяқталмады (не завершен)

19. Әлеуметтік қызметкер/психолог (Социальный работник/психолог):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

Қолы(Подпись) _____

20. Күні (Дата)" _____ " _____ жылы (ГОД)

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 26
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 061/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Дене шынықтырушы мен спортшының
дәрігерлік – бақылау картасы
Врачебно – контрольная карта
физкультурника и спортсмена

Толтырылған күні (Дата заполнения) _____
жылы, айы, күні (год, месяц, число)

Ұйым (БЖСМ, спорттық ұжым) (Организация (ДЮСШ, спортколлектив)) _____

Спорт түрі (Вид спорта) _____

Мекенжайы бойынша емхананың № (№ поликлиники по месту жительства) _____

1.Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____	19. Антропометрикалық деректер Антропометрические данные							
	1-тексеру қарау күні 1-е обслед. дата осмотра		2-тексеру қарау күні 2-е обслед. дата осмотра		3-тексеру қарау күні 3-е обслед. дата осмотра		4-тексеру қарау күні 4-е обслед. дата осмотра	
2. ЖСН/ИИН _____	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк
3. Туған күні (Дата рождения) _____ 4. Жынысы (Пол) _____	Салмағы (Вес)							

15. Қанша уақыт (Сколько времени) _____							
16. Спорттың басқа қандай түрлерімен айналысқан (Какими другими видами спорта занимался) _____							
17. Спорттың қандай түрлерінен жарыстарға қатысқан (По каким видам спорта участвовал в соревнованиях) _____	Аяқтары (Ноги)						
18. Дәрежесі (Разряд) _____							
әр дәрежесін алған күні (дата получения каждого разряда)							
спорттың қай түрінен (по какому виду спорта)							
*Баға балалар мен 17 жасқа дейінгі жасөспірімдер үшін *Оценка для детей и подростков включительно							

21. Жуық арадағы спорттық сыртартпа деректері. Данные ближайшего спортивного анамнеза

	1-тексеру 1-е обследование қарау күні _____ (дата осмотра)	2-тексеру 2-е обследование қарау күні _____ (дата осмотра)
Жаттығулары мен спорттық өнер көрсетулері туралы қысқаша деректер Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях		

		22.Тексеру деректері Данные обследования
Шағымдары Жалобы		
Тыныс алу ағзалары, жоғарғы тыныс жолдары, өкпелері (тыңдау) Органы дыхания, верхние дыхательные пути, легкие (аускультация)		
Қанайналым ағзалары: жүрек (шекаралары, тыңдау) Органы кровообращения: сердце (границы, аускультация)		
Ас қорыту ағзалары: тілі, іші (қолмен зерттеу) Органы пищеварения: язык, живот, (пальпация)		
Несеп – жыныстық жүйе Мочеполовая система		
Эндокриндік жүйе Эндокринная система		
Жүйке жүйесі Нервная система		
Мамандардың қарауы Осмотр специалистов:		
көз дәрігері (офтальмолога)		
отоларинголог (отоларинголога)		
хирург (хирурга)		
травматолог (травматолога)		
тіс дәрігері (стоматолога)		
басқа мамандар (жазыңыз) (других специалистов (вписать))		

3-ші тексеру 3-е обследование қарау күні дата осмотра _____	4 – ші тексеру 4-е обследование қарау күні дата осмотра _____
_____	_____
ішкі ағзаларды (внутренних органов)	

23. Функциялық сынама Функциональная проба

Зерттеу күні, Число, месяц, год исследования	айы,	жылы			
Жүктемеге До нагрузки	Дем алуы (Дыхание)				
	Тамыр соғуы (Пульс)				
	Тамыр соғу сипаты (Характер пульса)				
	Қан қысымы (Артериальное давление)				
	дейін				

Жүктемеден После нагрузки	кейін тамыр пульс	соғуы	1	0	Қ а н қ ы с ы м ы (Артериальное Дем алуы (Дыхание) давление)
			2	0	
			3	3	
			4	0	
			5	0	
			6	0	
			Тыңдау Тамыр соғу сипаты (Аускультация) (Характер пульса) т ұ р ғ а н д а ж а т қ а н д а (л е ж а) (с т о я)		
24. Қорытынды Заключение					
Ф и з и к а л ы қ да м у ы Физическое развитие					
Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) Функциялық жағдайы (функциональное состояние)					
М е д и ц и н а л ы қ т о п Медицинская группа					
Ш ұ ғ ы л д а н у ғ а , ж а р ы с т а р ғ а ж і б е р і л у і Допуск к занятиям, соревнованиям					
М а м а н ғ а ж о л д а н д ы Направлен к специалисту					
Қ а й т а д а н к е л у і Повторная явка					
Ұ с ы н ы л д ы Рекомендовано					
Е с к е р т у Примечание					

Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік – бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к врачебно – контрольной карте физкультурника и спортсмена

Спортшыны диспансерлік байқаудың
дәрігерлік-бақылау картасы
Врачебно-контрольная карта
диспансерного наблюдения спортсмена

дәрігерлік-дене шынықтыру диспансер (врачебно-физкультурный диспансер)

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда) /Отчество (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Спорт түрі (Вид спорта) _____

Дәрежесі (Разряд) _____

Жаттықтырушының тегі (Фамилия тренера) _____

Дәрігер (Врач) _____

Толтырылған күні (Дата заполнения) _____

Диспансерлік байқауға алынған спортшыларға толтырылады
Заполняется на спортсменов, взятых под диспансерное наблюдение

1 беті

стр. 1

1 . Ж а л п ы м ә л і м е т т е р

Общие сведения

Тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его
н а л и ч и и)

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

_____ телефон _____

Мекенжайы бойынша емхана № (№ поликлиники по месту жительства) _____

Білімі (Образование) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Жұмыс күнінің ұзақтығы (Продолжительность рабочего дня) _____

Отбасылық жағдайы (Семейное положение) _____

Баспана жағдайы (Жилищные условия) _____

Тамақтану режимі: жүйелі, жүйесіз-күніне (Режим питания: регулярное, нерегулярное)

_____ (раз в день)

Алкоголь қолдануы: көп, аз, әдеттегідей, кездейсоқ (астын сызыңыз), шылым
ш е г у і _____ и ә _____ ж о қ _____ ,
неше жастан бастап (Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно (
п о д ч е р к н у т ь) ,

курение да, нет, с какого возраста) _____

к ү н і н е _____ н е ш е
шылым шегеді (количество сигарет в день)

(Дата обследования)

1. Қашан және қандай нәтижелермен өткен спорт- жылын (маусымын) бітірді. (Когда и с какими результатами закончил предыдущий спортивный год (сезон))
2. Өткен жылдан кейін демалуының ұзақтығы мен сипаттамасы. (Продолжительность и характер отдыха после предыдущего года (сезона))
3. Жаттығулардың кезеңдер бойынша сипаттамасы (қашаннан бері жаттыға бастады жиілігі, ұзақтығы мен жаттығулар сипаттамасы). (Характеристика тренировок по периодам (когда начал тренироваться, частота, продолжительность и характер тренировок)) Жаттығулар режимін өзгертті ме. Өткізген жарыстары, олардың масштабы мен нәтижелері: (Изменил ли режим тренировок. Число проведенных соревнований, их масштабы и результаты): а) дайындық кезеңі (подготовительный период) б) негізгі кезең (основной период) в) белсенді демалу (активный отдых)
4. Биылғы спорт жылындағы (маусымындағы) сырқаттары, зақымдануы, мөлшерден тыс жаттығуы немесе зорығуы. (Заболевания, спортивные травмы, перетренировка или физическое перенапряжение в этом спортивном году (сезоне))
5. Спортшы қазіргі уақыттағы өзінің жатыққанын қалай бағалайды. (Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время)

4,5 беттерде III бөлімдегі таблица жалғаса береді, бірақ мазмұны жазылмайды
стр. 4, 5 та же самая таблица что в разделе III - продолжается, но без содержания

6 беті

стр. 6

Антропометрикалық деректер

Антропометрические данные

	Күні Дата	Баға * Оценка *
Ж а с ы (Возраст)		
С а л м а ғ ы (Вес)		
Т ұ р ғ а н д а ғ ы (Рост стоя)	б о й ы	
О т ы р ғ а н д а ғ ы (Рост сидя)	б о й ы	
М о й ы н ы шеи		

Окружность	Оң	и ы ғ ы	б а й ы п т ы			
	плеча правого		спокойное			
			ш и р ы қ қ а н			
			напряженное			
	С о л	и ы ғ ы	б а й ы п т ы			
	плеча левого		спокойное			
			ш и р ы қ қ а н			
			напряженное			
	Кеуде	клеткасы	дем	алғанда		
	(грудной клетки вдох)					
	Кеуде	клеткасы	дем	шығарғанда		
	(грудной клетки выдох)					
	Кеуде	клеткасы		аралықта		
(грудной клетки пауза)						
Кеуде	клеткасы		жайылуы			
(грудной клетки размах)						
Оң	ж а қ		с а н ы			
(бедрa правого)						
С о л	ж а қ		с а н ы			
(бедрa левого)						
Оң	ж а қ		б а л т ы р ы			
(голени правой)						
С о л	ж а қ		б а л т ы р ы			
(голени левой)						
И ы қ						
(п л е ч е в о й)						
Ж а м б а с т ы қ						
(Тазовый)						
Оң	саусақтар		динамометриясы			
(Динамометрия правой кисти)						
С о л	саусақтар		динамометриясы			
(Динамометрия левой кисти)						
Д е н е			д и н а м о м е т р и я с ы			
(Динамометрия становая)						
Өкпенің	тіршілік		с ы й ы м д ы л ы ғ ы			
(Жизненная емкость легких)						
Дене бітімі дамуының жалпы бағасы және көрсетілген жасқа сәйкестігі (Общая оценка физического развития и соответствие его указанному возрасту)						

* 17 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдерге міндетті түрде

К ү н і (Дата)	
М а м а н д а р Заключения специалистов	Травматолог
	Хирург
	Невропатолог
	Офтальмолог
	Отоларинголог
	Стоматолог
	Гинеколог
	Дерматовенеролог

Рентгеноскопия (флюорография), зертханалық зерттеулер деректері

Данные рентгеноскопии (флюорографии), лабораторных исследований _____

12, 13 беті

стр. 12, 13

Функциялық зерттеу

Функциональное обследование

Жүктемеге дейін		Тамыр соғуы			Қан қысымы				Тыныс алу				
(До нагрузки)		(Пульс)			(Артериальное давление)				(Дыхание)				
К ү н і Дата _____		20 отырып-тұру (20 приседаний)			15 секундтық жүгіру (15-секундный бег)				3 минуттық жүгіру (3-минутный бег)				
		Бағасы Оценка _____			Бағасы Оценка _____				Бағасы Оценка _____				
		1'	2'	3'	1'	2'	3'	4'	1'	2'	3'	4'	5
Жүктемеден кейін: (После нагрузки):	10												
Тамыр соғу сипаттамасы (Характер пульса)	20												
	30												
	40												
	50												
	60												
Қан қысымы (Артериальное давление)													
Тыныс алу (Дыхание)													
Аускультация													
Жұмысқа	кабілеттілігін	анықтайтын						басқа	тесттер				
(Другие тесты определения работоспособности)													

14, 15 беті

стр. 14, 15

Соңғы жаттығу күні және оның жүктеменің жалпы бағасы

(Дата последней тренировки и общая оценка ее нагрузки)

18-20 беті

стр. 18-20

Диспансерлік тексеру бойынша қорытынды

Заключение по диспансерному обследованию

К ү н і				
(Дата)				
Физикалық	дамуының			бағасы
(Оценка физического развития)				
Денсаулық	жағдайының		бағасы	
(Оценка	состояния		здоровья)	
функциялық жағдайы мен жұмысқа қабілеттігі (функционального состояния и работоспособности))				
Негізгі				диагноз
(Диагноз основной)				
Қосалқы				диагноз
(Диагноз сопутствующий)				
Жаттығуларға				жіберілуі
(Допуск к тренировкам)				
Жаттығулар	режімі	бойынша	жалпы	нұсқаулар
(Общие указания по режиму тренировок)				

Ж а р ы с т а р ғ а (Допуск к соревнованиям)	ж і б е р і л у і
Ұ сы н ыл ғ а н (Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия)	емдеу-профилактикалық шаралары
К е л е с і (Дата повторного обследования)	қ а р а л у к ү н і
Д ә р і г е р д і ң (Подпись врача)	қ о л ы

21 беті

стр. 21

Күні (Дата)	Өтпелі және қосымша байқаулар, (Текущие и дополнительные наблюдения, врачебно-педагогические наблюдения)	дәрігерлік-педагогикалық байқаулар

22 беті

стр. 22

Тағайындаулар (Назначения)	Дәрігердің (Подпись врача)	қ о л ы

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 27
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е - ұ нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 112/ у – м утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

История развития ребенка

(мальчик)

№ _____

Группа крови _____

Резус принадлежность _____

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

2. ЖСН/ИИН _____

3. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

4. Код КАТО: _____

5. Место жительства: (район) _____ (город, село) _____

_____ (улица) _____ дом _____ кв _____

6. Контактные телефоны _____

Дата взятия на учет в данной организации	Откуда прибыл	Дата снятия	Адрес выбытия

7. Организованность:

Дата _____ Название учреждения _____

Сведения о семье:

Родители и дети Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детская организация)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети			

Сведения о новорожденном:

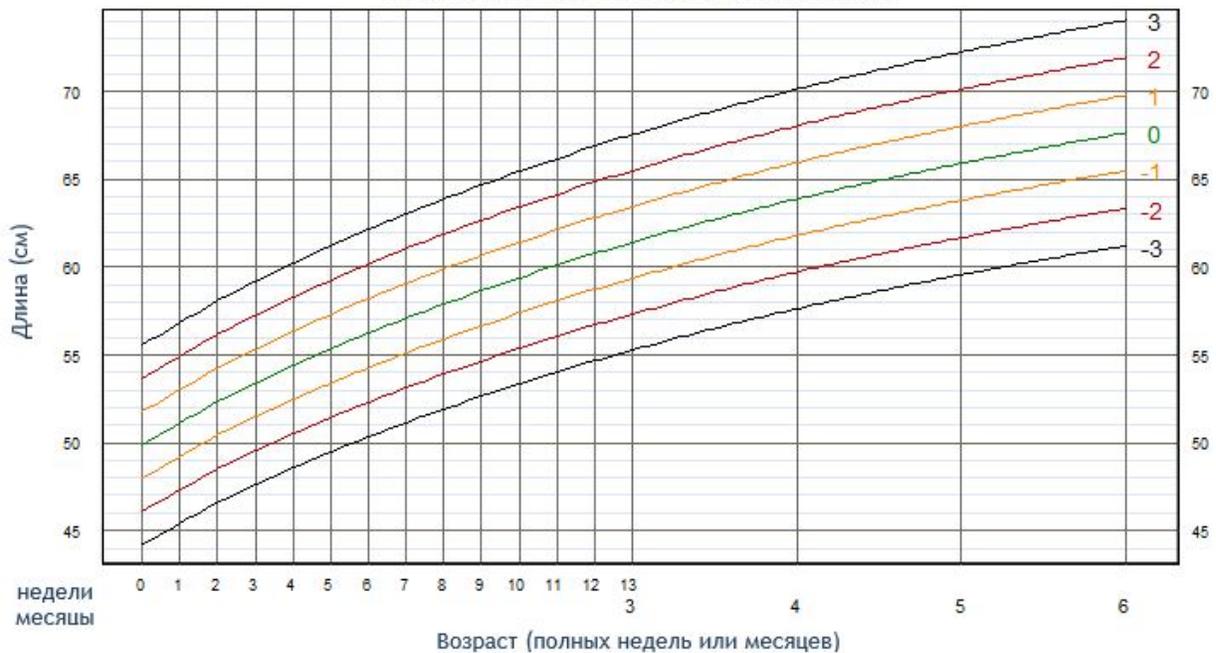
Дата выписки из роддома № _____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № _____	
Адрес роддома _____			
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Вес при рождении _____ Рост при рождении _____ ИМТ _____ Окружность головы _____ Оценка физического развития: _____	Место для приклеивания обменной карты <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	---

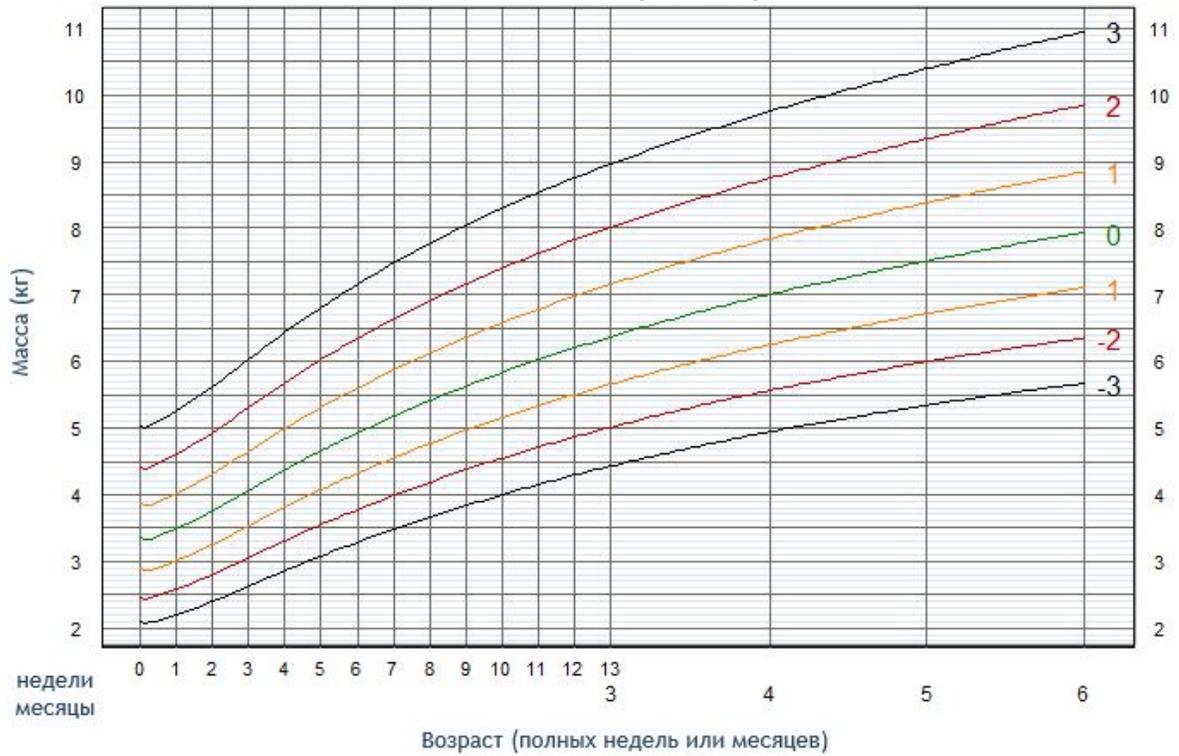
Скрининг на наследственную патологию

№	Наименование	Дата забора крови, дата аудиологического скрининга	Результат
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологический скрининг		

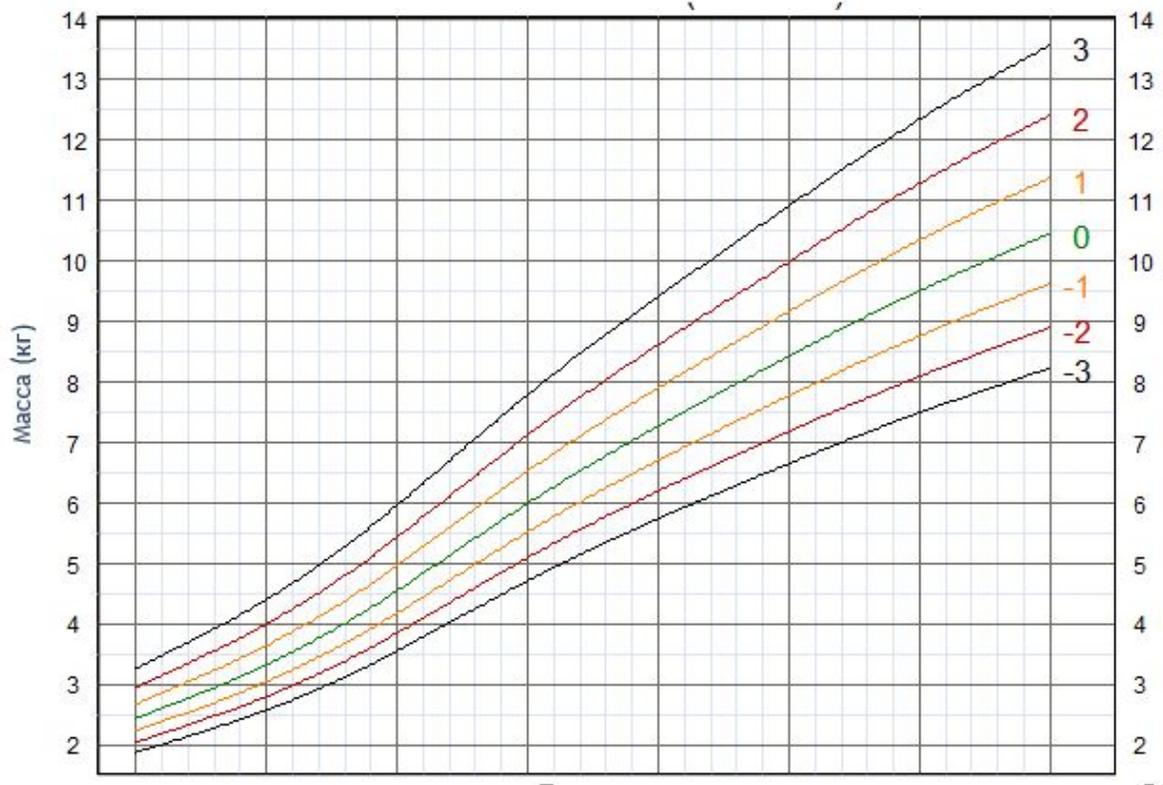
Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)



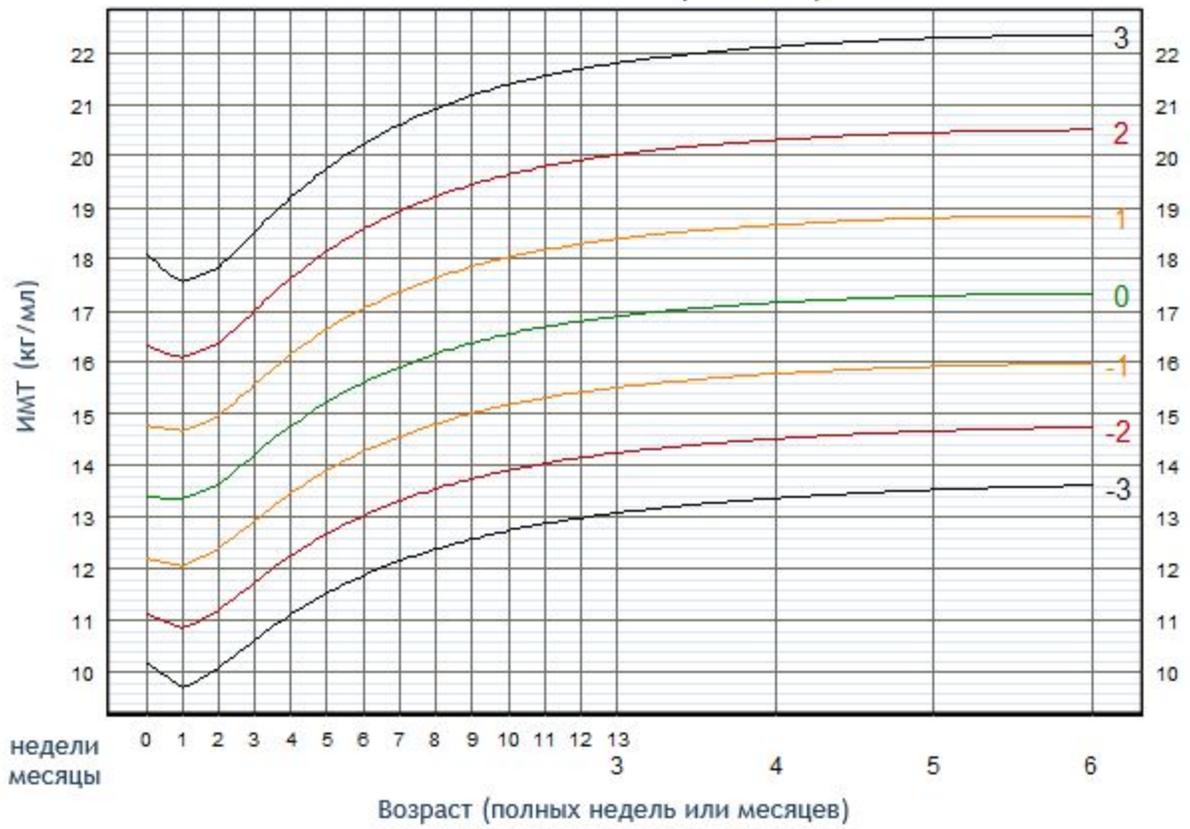
Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)
Этот график можно использовать



Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

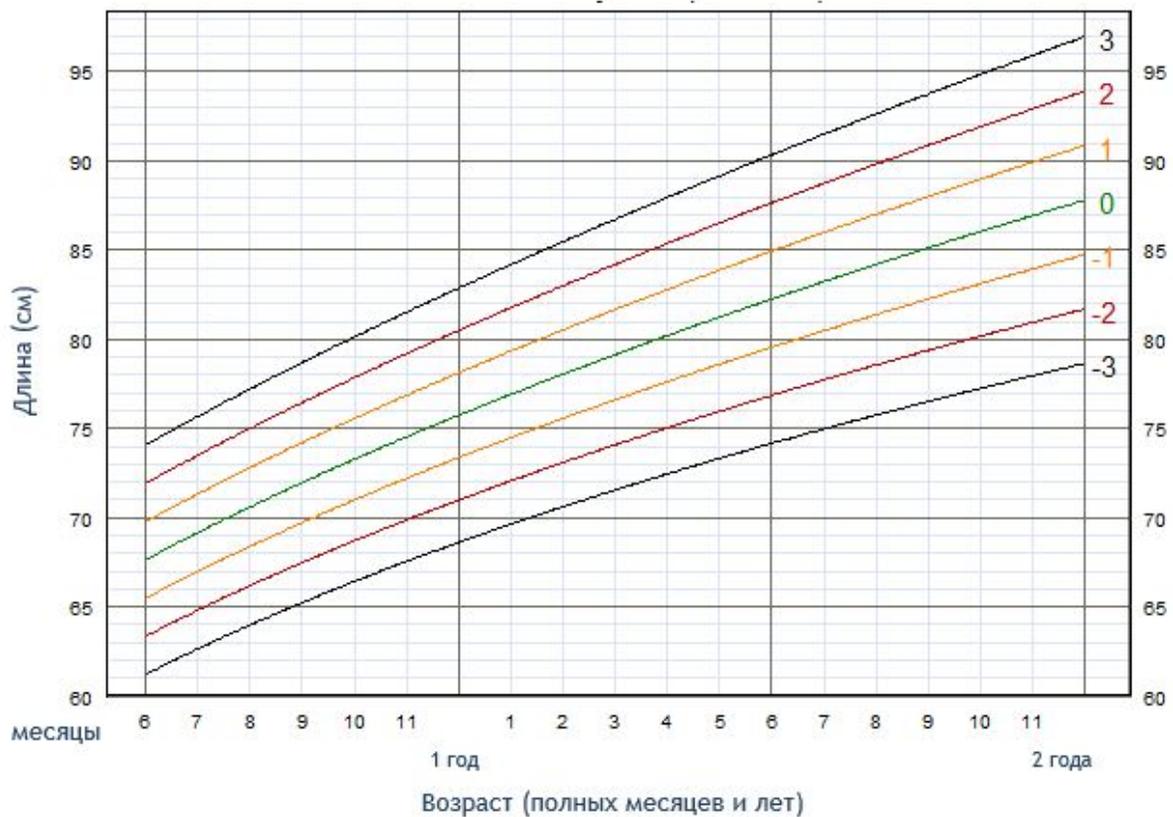


ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

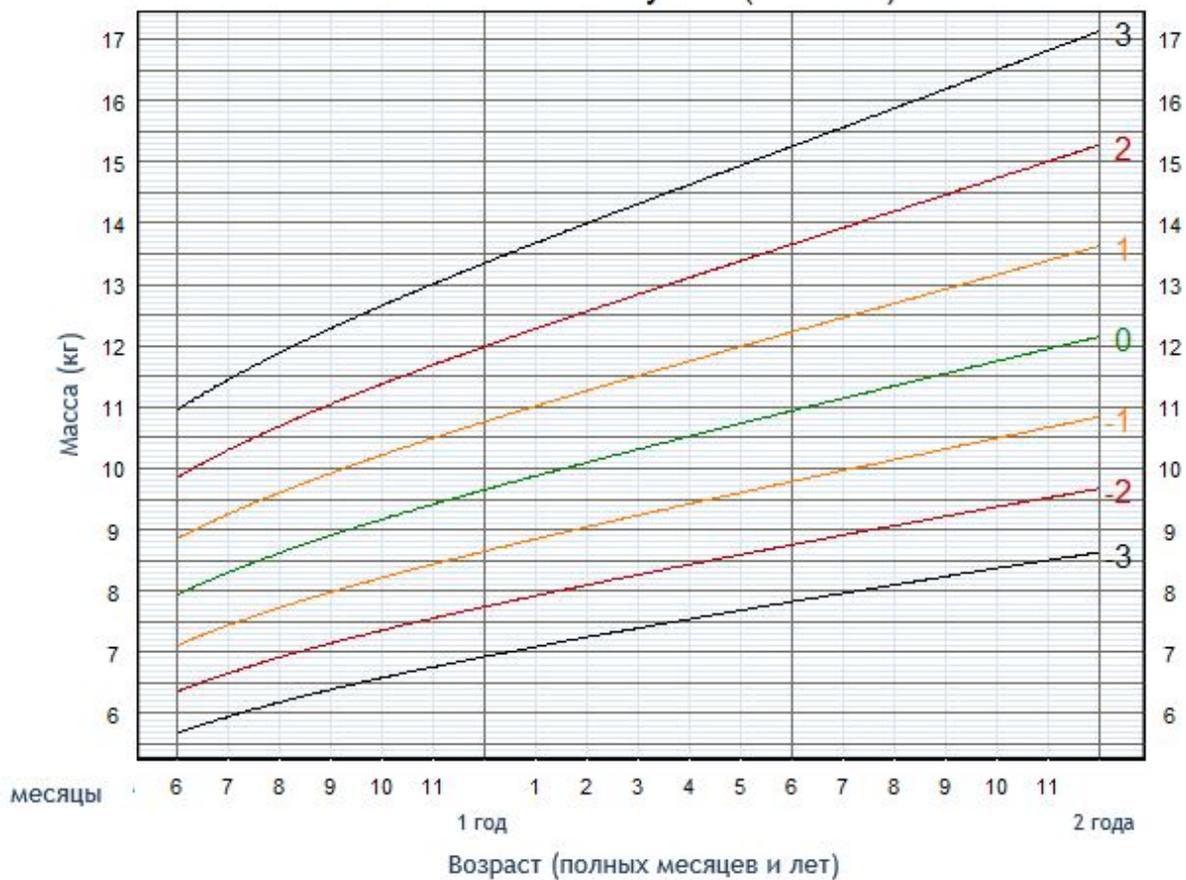


от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)

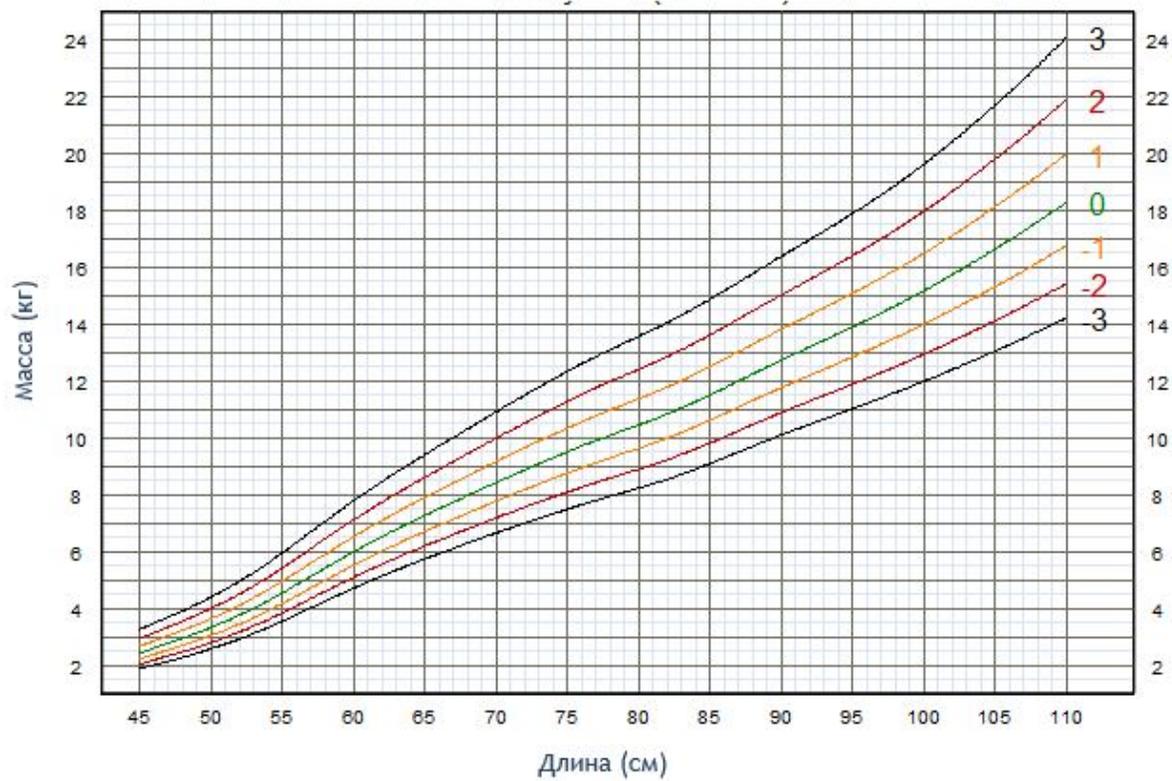
Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ



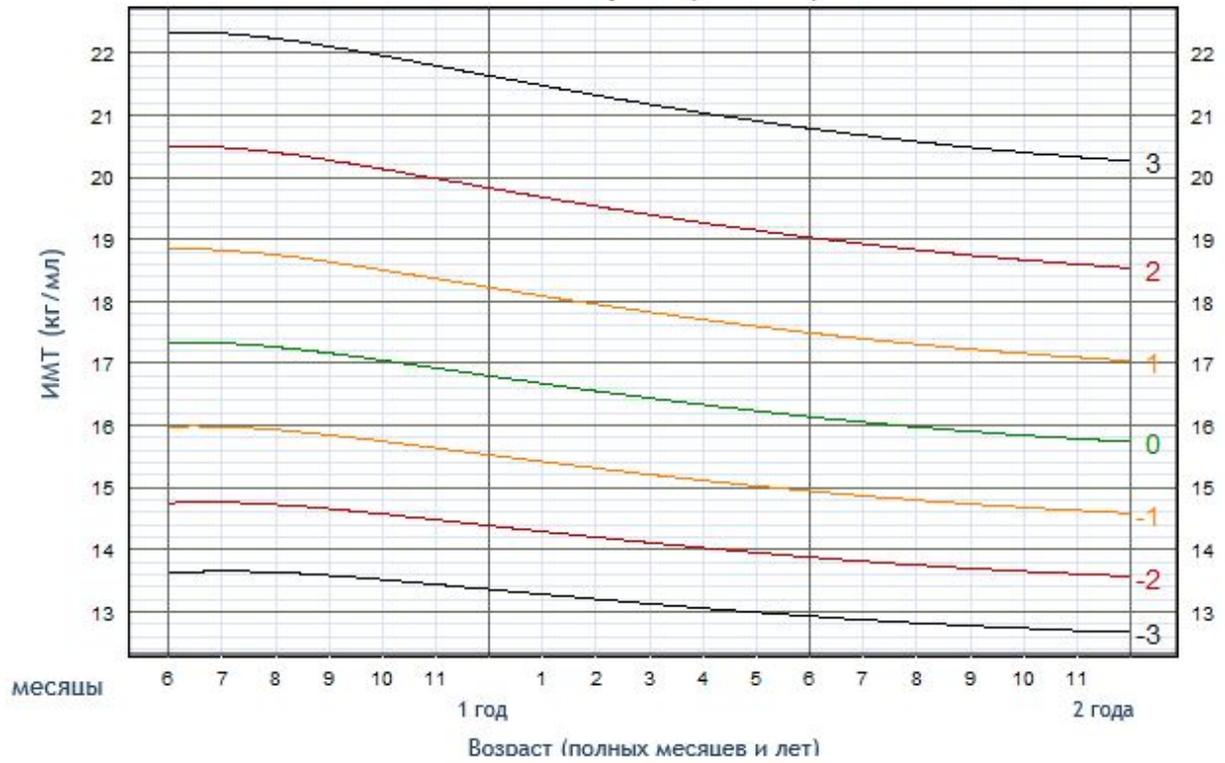
Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



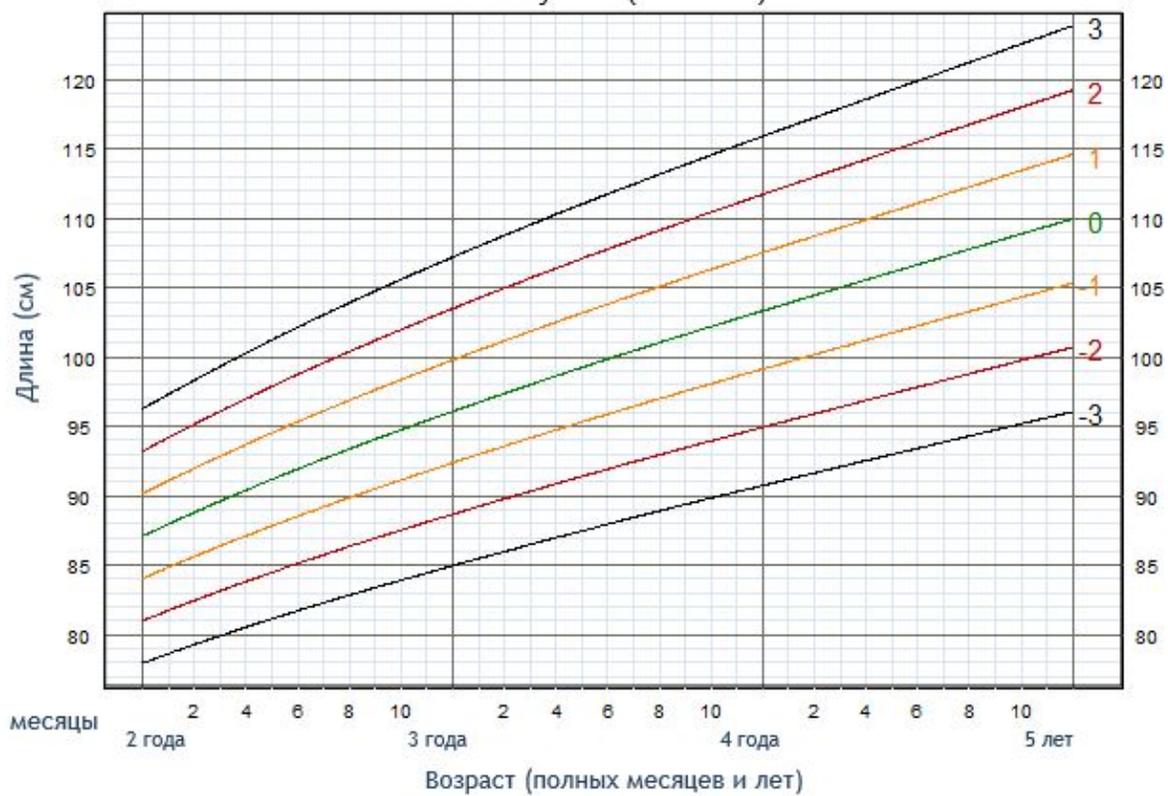
Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



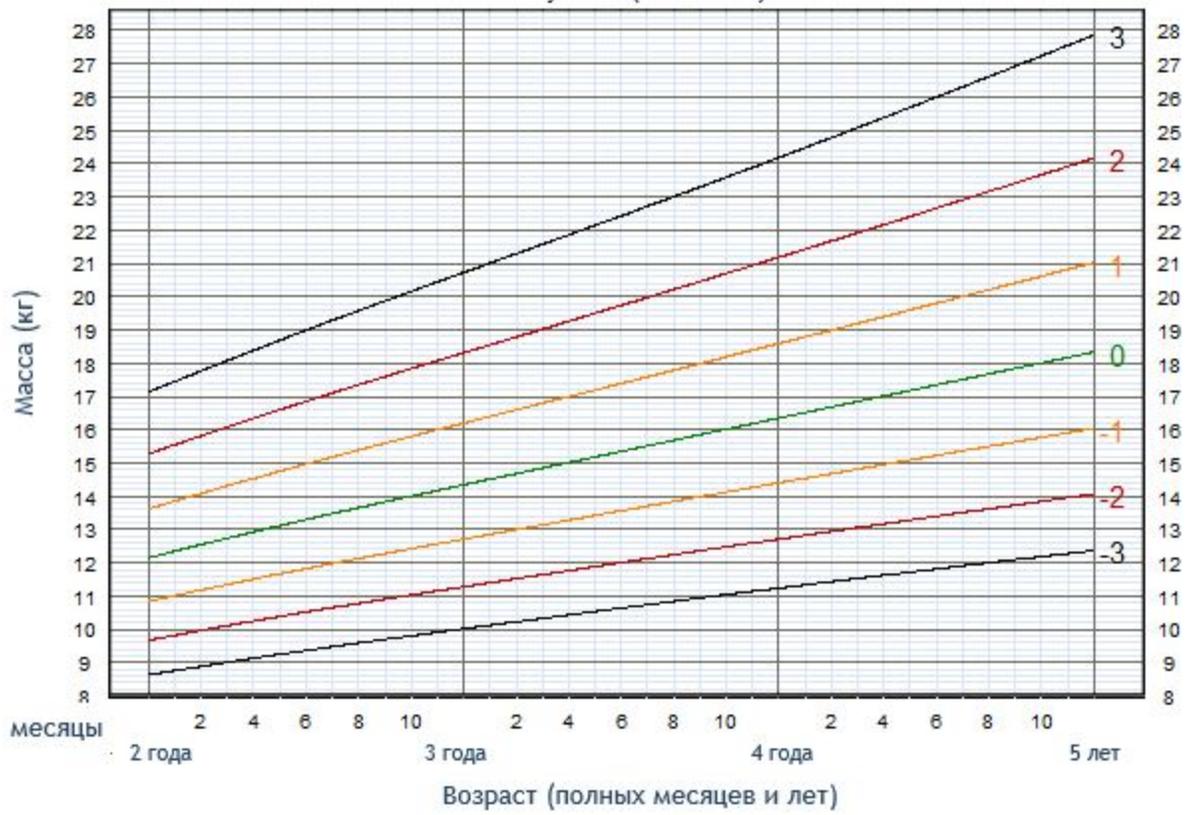
ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



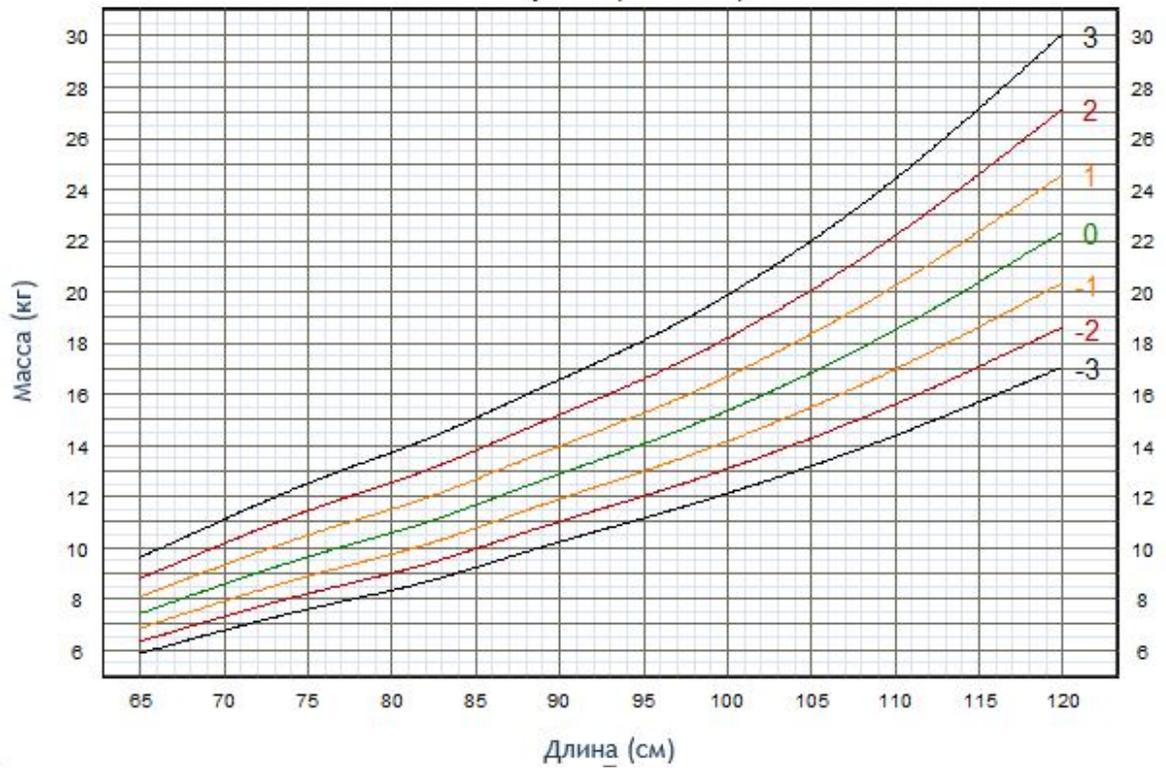
Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-значения)



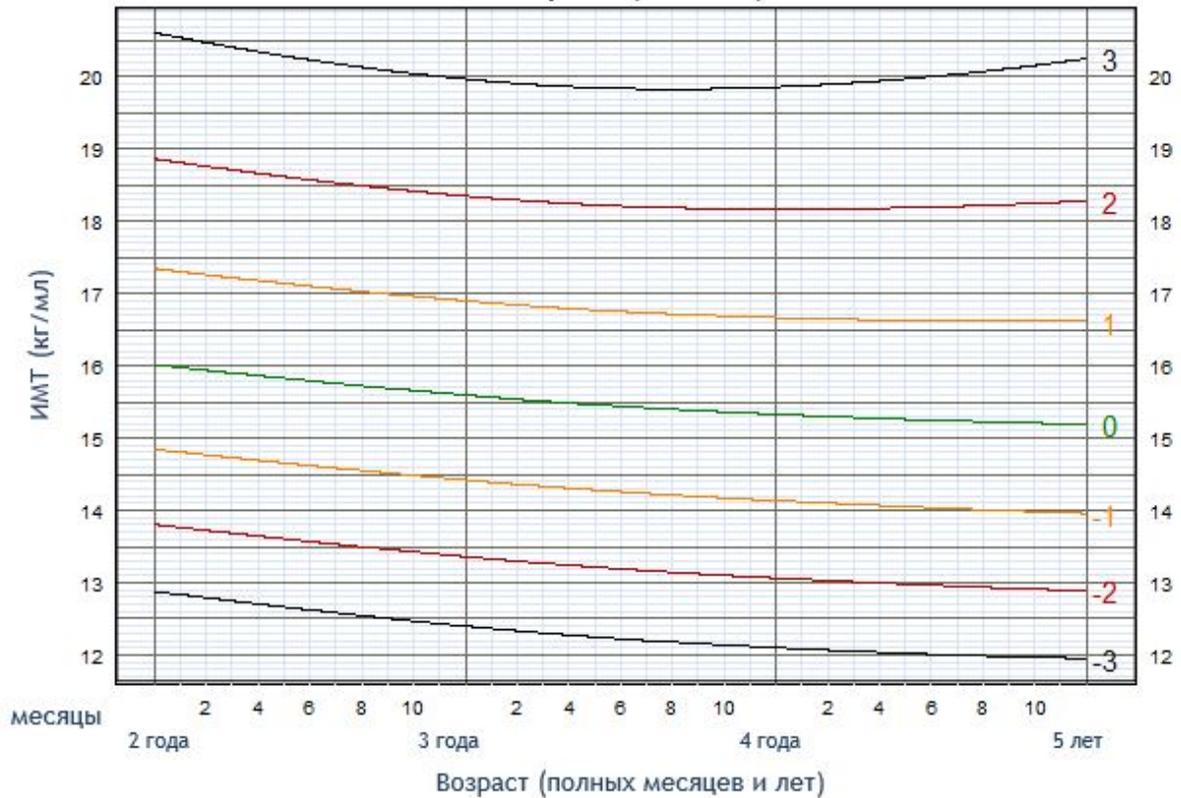
Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



**ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)**



Дата получения информации из женской консультации _____

Название женской консультации _____

Дата проведения первого дородового патронажа _____

1	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть) _____	
2	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету _____, запланированная, желанная, нежеланная (подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего _____, в том числе:
	<ul style="list-style-type: none"> ● закончились родами - ● искусственным прерыванием беременности-

	<ul style="list-style-type: none"> ● выкидышем- ● всего детей в семье- ● другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства)_____
	Межродовый интервал при настоящей беременности
3	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная_____
	Образовательный уровень матери_____ отца_____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Н а л и ч и е а л к о г о л и з м а , н а р к о м а н и и в с е м ь е Да_____ нет
	Н а л и ч и е к у р я щ и х ч л е н о в с е м ь и Да_____ нет
	К у р я щ а я м а т ь Да_____ нет
	Физическая активность матери низкая, достаточная
	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скудность, сырость, х о л о д , малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	Санитарная культура семьи: низкая_____ достаточная_____
	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие)_____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение)_____
	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие_____ нет
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____ нет
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да _____ нет
	Наличие осложненной беременности да _____ нет
	УЗИ пройдено (в какой срок) _____ где _____
	Выявленная патология на УЗИ да _____ нет
	АД _____
	Заключение терапевта _____
	Беременность протекает на фоне: <ul style="list-style-type: none"> ● дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) ● нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24)

	<ul style="list-style-type: none"> ● избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) ● ожирения (ИМТ до беременности свыше 30)
5	<p>Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:
	<p>Заключение</p> <p>Степень и направленность риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск <p>По другим факторам:</p> <p>Кто адресно оповещен о высоких рисках:</p> <p>Заведующий женской консультацией _____</p> <p>Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба) _____</p> <p>Другие ведомства или местная власть _____</p>
	<p>Рекомендации:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности ● По поддержанию оптимального питания (пирамида питания) ● Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих) ● Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза ● О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья ● О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода

Медсестра /Фельдшер

Второй дородовый патронаж

Название женской консультации _____

Дата проведения второго дородового патронажа _____

1.	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Предполагаемое место родов (учреждение)
2.	Состояние здоровья беременной: Наличие осложнений беременности да ___ нет
3	Наличие инфекционных и хронических больных в близком окружении (в семье, у близких соседей, родственников)
4	Состояние молочных желез
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Подготовка уголка новорожденного: Места, кровати, белья, одежды, предметов ухода
7	Прочие сведения:
Заключение	
<ul style="list-style-type: none"> ● Состояние здоровья беременной удовлетворительное, неудовлетворительное ● Наличие каких-либо вредностей да нет ● Выполнение беременной предшествующих предписаний да, нет ● Семья готова к рождению ребенка да, нет _____ 	
Рекомендации:	
<ul style="list-style-type: none"> ● По подготовке к грудному вскармливанию ● По оптимальному питанию беременной ● По оптимальной физической активности (прогулки) ● Приглашена в кабинет здорового ребенка для обучения навыкам грудного кормления и ухода за новорожденным ● По подготовке уголка новорожденного и подготовке одежды для роддома 	

Медсестра /Фельдшер

Карта учета профилактических прививок

3 ревакцинация

Внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины

Прививка против:	Вакцинация или ревакцинация	Дата	Возраст	Доза	Серия	Способ введения	Страна производитель	Реакция	
								местная	общая

Реакция Манту:

Реакция Манту:	Дата	Возраст	доза	Серия туберкулина	Страна-производитель	Размер инфильтрата	Результат	Заключение фтизиатра

Учет результатов по проведению аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии у детей раннего возраста в организациях ПМСП

Возраст	Результаты аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии*					
	Правое ухо			Левое ухо		
	" Прошел "	"Не прошел" * "	Скрининг не проводился	" Прошел "	"Не прошел"* "	Скрининг не проводился
1 месяц						
3 месяца						
6 месяцев						
9 месяцев						
1 год						
1 год 6 месяцев						
2 года						
2 года 6 месяцев						
3 года						
3 года 6 месяцев						

<p>грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	<p>Да _____ Нет _____</p>
<p>Анамнез: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое ...</p>	<p>Оттягощенный анамнез: Да _____ Нет _____</p>
<p>Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро ; Автоматической походки</p> <p>Осмотр лица: _____</p> <p>(симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)</p> <p>Кожа: _____ (в норме розовая или интенсивно розовая)</p> <p>Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____</p> <p>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")</p> <p>Видимые врожденные пороки _____</p> <p>Костная система _____</p> <p>форма головы _____ швы _____</p> <p>большой родничок _____ малый родничок _____</p> <p>оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы</p> <p>Органы дыхания: _____ Частота дыхания (ЧД) _____ (в норме 30 - 60 / мин)</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Пальпация бедренного пульса _____ (в норме симметрично с двух сторон)</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____</p> <p>Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____ Пуповина _____</p> <p>_____ (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)</p> <p>Мочиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании); Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)</p>	
<p>Определите, есть ли проблемы кормления</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p>●</p> <p>Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>●</p> <p>Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>●</p> <p>Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>●</p>	

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 бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

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 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 ____
- Не приложен совсем
- Приложен плохо
- Приложен хорошо



	Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
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 _____ ----- Дата _____
Оценка ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) 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 2. глубокая печаль 3. частые слезы 4. ощущение неспособности заботиться о ребенке 5. чувство вины 6. приступы паники 7. стресс и раздражительность		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

8.	утомляемость	и	недостаток	энергии	прикасаться к
9.	неспособность	к	сосредоточению	внимания	ребенку
10.			на р у ш е н и е	с н а	5. думать о
11.	проблемы	с		аппетитом	ребенке
12.	потеря	интереса	к	сексу	6. чаще выходить
13.	ощущение	беспомощности	и	безнадежности	на улицу и
14.	антипатия к ребенку				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
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Уход за новорожденным, режим прогулок Гигиенические ванны

•
Правила поведения и уход 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (7-й день)

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____. Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да __ Нет _____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли 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 бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

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):

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ___ <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком? 	<p>Проблемы развития</p>	
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	<p>Проблемы</p>	
<p>Оценка состояния 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 _____</p>	<p>Проблемы Ухода</p>	
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>Проблемы</p>	
<p>Заключение:</p>		

Рекомендации:

-
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
-
- Исключительно грудное вскармливание
-
- Стимуляция психосоциального развития

Уход за новорожденным, режим прогулок

Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

Личная гигиена матери.

Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Посещение врачом на дому (14-й день)

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: ____ . Температура _____		
Жалобы матери:		
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да _____ Нет _____	
Кожа: _____ Слизистые _____ Конъюнктивы _____ Большой _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____	Пуповина _____ ротовой _____ полости _____ родничок _____ _____ _____ _____ _____ _____	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____		

Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____ ● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз ● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____ ● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ ● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой		
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 ____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Оценка ухода:		Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению		Проблемы
Знание матери опасных признаков болезни		Да Нет
Оценка здоровья матери:		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания
2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.
3. Уход за новорожденным.

4. Стимуляция психосоциального развития

5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка

7. 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.

8. Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому (21-й день)

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____.		Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
<p>Оцените признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;</p> <p>10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>		Да ___ Нет ___
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
<p>● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>● Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>● Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <p>● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <p>● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>		
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):		
<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p>		

<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ___ <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком? 	<p>Проблемы развития</p>	
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>Проблемы</p>	
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____</p>	<p>Проблемы ухода</p>	
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>Проблемы</p>	
<p>Заключение:</p>		

Рекомендации:

-

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

-

Исключительно грудное вскармливание

-

Стимуляция психосоциального развития

-

Уход за новорожденным, режим прогулок

-

Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

Личная гигиена матери.

Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (28-й день)

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: ____.		Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
<p>Оцените признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;</p> <p>10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>		Да __ Нет _____
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
<p>Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>Если да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <p>Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <p>Если да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>		
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):		

<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <ul style="list-style-type: none"> Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница). 	
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком? 		Проблемы развития
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>		Проблемы
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25° C) Гигиена ребенка _____</p>		Проблемы ухода
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>		Проблемы
<p>Заключение:</p>		

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

- Исключительно грудное вскармливание

- Стимуляция психосоциального развития

- Уход за новорожденным, режим прогулок

•
Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за

•
новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

•
Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

•
Личная гигиена матери.

•
Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой

Дата осмотра ___ \ ___ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____
	Окружность головы _____ см	
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка		Диагноз:
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 _____	
Мочепускание _____;	Стул _____	
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 _____		

<p>●</p> <p>Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>●</p> <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>●</p> <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц ___ мм</p> <p>И периферических лимфоузлов</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок)) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	
<p>Психомоторное развитие:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p> <p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Д о з а длительность</p> <p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>_____ эпикризный срок</p> <p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка ухода:</p> <p>1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику</p> <p>2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>3. Знает ли мать признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (</p>	

<p>экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	Проблемы ухода
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Возможная глухота или проблемы со зрением</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Плохой аппетит.</p>	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
<p>Оценка питания и здоровья матери: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p>	Проблемы
<p>Заключение:</p>	

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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 1 до 2 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да ___ Нет ___	
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____		

<ul style="list-style-type: none"> ● 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 бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____ 	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на : <ul style="list-style-type: none"> - 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 ____ ● Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Как вы играете с Вашим ребенком? ● Как вы общаетесь с Вашим ребенком? 	<p>Проблемы развития</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>Проблемы</p>
<p>Оценка состояния 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 _____</p>	<p>Проблемы Ухода</p>
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>Проблемы</p>
<p>Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет</p>	<p>Да __ Нет ____</p>

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



Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.



Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям



Другое

Медсестра:

Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра _____ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____
 Вес _____ г. Рост _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка	Диагноз:
Кожа: Пуповина _____	
Слизистые ротовой полости Зев _____	
конъюнктивы _____	
Большой родничок _____	
Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____	
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы _____;	Проблемы питания
Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____	
Мочеиспускание _____; Стул _____	

Определите, есть ли проблемы кормления

- 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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

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.	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> - 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 _____ ● Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно 	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница). 	

<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ - - - - Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок) , специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а длительность</p>
<p>Психомоторное развитие: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Не отстает Отстает на _____ _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития</p>
<p>О ц е н к а у х о д а : 1.Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8.Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение.</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Возможная глухота или проблемы со зрением</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Плохой аппетит.</p>	<p>Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка питания и здоровья матери: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p>	<p>Проблемы</p>
<p>Заключение:</p>	

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

Врач/фельдшер:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 2 до 3 месяцев

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: ____ Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: <input type="checkbox"/> Может ли ребенок пить или сосать грудь? <input type="checkbox"/> Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? <input type="checkbox"/> Были ли судороги? <input type="checkbox"/> Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет _____
Определите, есть ли проблемы кормления <input type="checkbox"/> Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз <input type="checkbox"/> Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	Проблемы питания
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. <input type="checkbox"/> Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а : - 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 Д а _____ Н е т _____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо <input type="checkbox"/>

Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери Консультация по вопросам планирования семьи	Проблемы
Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет	Да ___ - Нет ___

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.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 3 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

Дата осмотра ___ \ ___ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____
Окружность головы _____ см		
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка		
Кожа:		
Состояние периферических лимфоузлов		
Слизистые ротовой полости Зев		
конъюнктивы _____		

Большой родничок _____		

Органы дыхания: _____		Диагноз:
_____ Частота дыхания _____		
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____		
Сердечный ритм _____;		
Сердечные шумы _____;		
Органы пищеварения: живот _____ печень _____		
_____ селезенка _____		
Мочепускание _____; Стул _____		
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 _____		

<p>●</p> <p>Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>— —</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___</p> <p>Н е т — — —</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта</p> <p>Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>●</p> <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>●</p> <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм</p> <p>Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а _____</p> <p>длительность _____</p>
<p>Психомоторное развитие:</p> <p>Д о = _____</p> <p>Д р = _____</p> <p>Р а = _____</p> <p>Р п = _____</p>	

Н = Э = Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	Н е о т с т а е т Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и п и т ь я и правила ухода за ребенком ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● 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.	П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	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

-

Врач:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 3 до 4 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
Оцените признаки опасности:		
•		
Может ли ребенок пить или сосать грудь?		

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</p>	Да ___ Нет ___
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Были ли судороги?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Летаргичен или без сознания?</p>	
<p>Определите, есть ли проблемы кормления</p>	Проблемы питания
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью:</p> <p>Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 _____ <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком? 	Проблемы
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	Проблемы
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка</p> <p>Гигиена помещения _____ (регулярность влажной</p>	

уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение: Выполняются рекомендации врача	Да _____ Нет

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.
-

Приглашен на прием к врачу в возрасте 4 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата	осмотра ___ \ _____	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:						
Жалобы матери:						
Осмотр ребенка			Диагноз:			
Кожа:						
Состояние периферических лимфоузлов						
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 _____						
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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой						
●						
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 младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.						
●						

<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>●</p> <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>●</p> <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _____ мм</p>		<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>		<p>Д о з а длительность</p>
<p>Психомоторное развитие:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p> <p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____эпикризный срок</p> <p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка ухода:</p> <p>●</p> <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и п и т ь я</p> <p>и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p>		<p>Проблемы ухода</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● 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. 	<p>Проблемы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
Оценка питания и здоровья матери:	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

Врач:

Медсестра

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 4 до 5 месяцев

Дата осмотра __ \ ____ 20__	Возраст: ____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
Оцените признаки опасности:		
• Может ли ребенок пить или сосать грудь?		
• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?		Да __ Нет _____
• Были ли судороги?		
• Летаргичен или без сознания?		
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 бутылочкой: _____ чашкой и ложкой _____	
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?	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на :</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>●</p> <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>●</p> <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
Оцените уход в целях развития	Проблемы
• Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	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.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 5 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	______	20__	Возраст:	___	Температура	___	
Вес	___ г.	Рост	___ см.	ИМТ	___	Окружность головы	___ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
Слизистые ротовой полости Зев							
конъюнктивы _____							

Большой родничок _____							

<p>Органы дыхания: _____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Определите, есть ли проблемы кормления</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p>● 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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>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 ____ Н е т - Большая часть ареолы видна сверху, а не с н и з у р т а Да ____ Н е т ____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p>

<ul style="list-style-type: none"> Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница). 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а длительность</p>
<p>Психомоторное развитие:</p> <p>Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p> <p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> Ребенок не вступает в контакт. Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. 	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить</p>

Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)	на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
● Плохой аппетит.	
Оценка питания и здоровья матери:	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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__		Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____			
Оцените признаки опасности:			Да ___ Нет ___
<ul style="list-style-type: none"> • Может ли ребенок пить или сосать грудь? 			
<ul style="list-style-type: none"> • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? 			
<ul style="list-style-type: none"> • Были ли судороги? 			
<ul style="list-style-type: none"> • Летаргичен или без сознания? 			
Определите, есть ли проблемы кормления			Проблемы питания
<ul style="list-style-type: none"> • 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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____ 			
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:		Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на _____ : 	
		- Подбородок касается груди Да _____ Нет _____	
		- Рот широко раскрыт Да _____ Нет _____	

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития	• Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком:	(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка	Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери:	Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение: Рекомендации выполняются		Да ___ Нет ___ ___

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.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 6 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____
	Окружность _____	головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
<p>Осмотр ребенка</p> <p>Кожа:</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивы _____</p> <p>_____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>-----</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>_____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>_____ Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Сердечные шумы _____ ;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>	
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p>		

<p>Р п = Н = Э=</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления в а ш е г о р е б е н к а ?</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное _____ вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ _____ Н е т _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ м л .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _____ м м</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 	

<p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Плохой аппетит.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

- -
 -
 -
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
-
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

- Другое

Врач:

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	
• Может ли ребенок пить или сосать грудь?	
• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?	Да___Нет___
• Были ли судороги?	
• Летаргичен или без сознания?	

<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p>	
<p>----- Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день</p>	
<p>5. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 6. Сколько перекусов за день? _____ 7. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ 8. Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл . 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _ _ _ _ _ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней _____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3</p>	

Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ ____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможно заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи,

кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Приглашен на прием к врачу в возрасте 7 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата	осмотра	______	20__	Возраст:	___	Температура	___
Вес	___	г.	Рост	___	см.	ИМТ	___
				Окружность		головы	___
				см			
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
Слизистые ротовой полости Зев							
Конъюнктивы _____							

Большой родничок _____							

<p>Органы дыхания: _____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ _____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = _____ Д р = _____ Р а = _____ Р п = _____ Н = _____ Э = _____</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____</p>	
<p>Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ _____ Н е т _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Н е г у с т а я _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	

<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 7 до 8 месяцев

Дата осмотра __ \ ____ 20__	Возраст: ____	Температура _____
Жалобы матери:		
Оцените признаки опасности:		

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Может ли ребенок пить или сосать грудь?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Были ли судороги?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Летаргичен или без сознания?</p>	<p>Да ___ Нет ___</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_</p> <p>_____ Н е т _____</p> <p>Если Да, _____мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _</p> <p>_____ мл .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _</p> <p>_____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___</p> <p>Нет _____ сколько дней _____</p>	

<p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ ____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 8 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата	осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____г.	Рост	_____см.	ИМТ	_____	Окружность	_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:							

Жалобы матери:	
<p>Осмотр _____ ребенка</p> <p>Кожа:</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов _____</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев _____</p> <p>Конъюнктивы _____</p> <p>_____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>-----</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>_____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>_____ Сердечный ритм _____</p> <p>_____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочепускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Не _____ отстает</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления</p> <p>Вашего _____ ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Грудное _____ вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____</p> <p>_____ Нет _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p> <p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>_____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p>	

<p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>Даєте ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>

● Отказ от груди или другой пищи	
● Ребенок не вступает в контакт.	
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 8 до 9 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
4 Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 5 Сколько перекусов за день? _____ 6 Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ 7 Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл.	

<p>8. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>9. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ <p>10. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) 	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт. 	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	___	Температура	___	
Вес	___ г.	Рост	___ см.	ИМТ	___	Окружность головы	___ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка			Диагноз:				
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
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 _____							
Оценка ухода в целях развития			Проблемы ухода для развития				
Как Вы играете с Вашим ребенком?							
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?							
Оценка психомоторного развития:			Не отстаёт				
Д о =			Отстаёт на _____ эпикризный срок				
Д р =							
Р а =							
Р п =							
Н =							
Э =							
Оценка питания							
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?							

Грудное вскармливание							
1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____							
Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз							
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____							
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____							
_____ Нет _____							
Если Да, _____ мл _____ раз в день							

<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ м л .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи	<p>Проблемы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
●	
Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения	
●	
Частые движения головой (возможные заболевания уха)	
●	
Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь	
●	
Отказ от груди или другой пищи	
●	
Ребенок не вступает в контакт.	
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
-
- Оптимальное питание матери.
-
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
-
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
-
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 9 до 10 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: <ul style="list-style-type: none"> • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания? 	Да___Нет___
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	

<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я</p> <p>и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Пр о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
-
- Оптимальное питание матери.
-
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
-
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
-
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	_____	Температура	_____	
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность головы _____ см	
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка			Диагноз:				
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
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 _____							
Оценка ухода в целях развития			Проблемы ухода для развития				
Как Вы играете с Вашим ребенком?							
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?							
Оценка психомоторного развития:			Не _____ отстает Отстает на _____ эпикризный срок				
Д о =							
Д р =							
Р а =							
Р п =							
Н =							
Э =							
Оценка питания							

<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>-----</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да __ ____ Н е т _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? __ _____ мл .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая ____ ____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и _____ и _____ п и т ь я _____ и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p>	<p>Проблемы ухода</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт. 	<p>Проблемы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 10 до 11 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: <ul style="list-style-type: none">● Может ли ребенок пить или сосать грудь?● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?● Были ли судороги?● Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а =	

<p>Р п = Н = Э=</p> <p>Оценка питания</p> <p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>-----</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? ____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p> <p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> <p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней _____ <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p> <p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Визит для следующей прививки _____</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 Дата _____</p> <p>О П В - 3</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _____ мм</p> <p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3.</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
---	--

<p>судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	Проблемы ухода
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	Да нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора
продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи,
кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим
рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25
сентября 2006г.
-
- Оптимальное питание матери.

•
Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

•
Массаж и гимнастика соответственно возрасту

•
Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

•
Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

•
Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

•
Приглашен на прием к врачу в 11 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	_____ \ _____	20__	Возраст:	_____	Температура	_____	
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность головы	_____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
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:

<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Ваш е го р е б е н к а ? _____ _____</p>	
<p>Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ _____ Н е т _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>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? ____ _____ м л . 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая ____ _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней _____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p>	

Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- -
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи,

кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Приглашен на прием к врачу в возрасте 12 месяцев

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 11 до 12 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	
• Может ли ребенок пить или сосать грудь?	
• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?	Да ___ Нет ___
• Были ли судороги?	

<p>●</p> <p>Летаргичен или без сознания?</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	Проблемы ухода для развития
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э=</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____эпикриз</p> <p>ный срок</p>
Оценка питания	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_</p> <p>_____ Нет _____</p> <p>Если Да, _____мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>_____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p> <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____</p> <p>Нет _____ сколько дней _____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____</p> <p>бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p>	

<p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания**
-

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 12 месяцев

врачом и медсестрой на приеме

Дата	осмотра	_____ \ _____	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность	_____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							

Жалобы матери:

Осмотр	ребенка
Кожа:	
Состояние периферических лимфоузлов	
Слизистые ротовой полости	Зев

<p>конъюнктивы _____</p> <p>_____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>-----</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>_____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>_____ Сердечный ритм _____</p> <p>_____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p> <p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: _____</p> <p>по слуху по зрению _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о = _____</p> <p>Д р = _____</p> <p>Р а = _____</p> <p>Р п = _____</p> <p>Н = _____</p> <p>Э = _____</p>	<p>Не отстает _____</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок _____</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____</p> <p>_____ Нет _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>_____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p>	

<p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>П р о б л е м ы Ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p>	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>

• Нет аппетита, отказывается от пищи	
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
-

Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.

- Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.

- Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач:

Медсестра:

Лист профилактического осмотра 1 год

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Жалобы матери:		
Оцените признаки опасности:		
<ul style="list-style-type: none">• Может ли ребенок пить или сосать грудь?• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?• Были ли судороги?• Летаргичен или без сознания?	Диагноз:	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития	
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок	
Оценка питания		
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?		

Грудное вскармливание		
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз		
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___		

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____
Если Да, _____ мл _____ раз в день

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? _____ м л .
5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____
6. На прошлой неделе ребенок ел:
●
Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____
●
Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____
●
Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____
Нет _____ сколько дней _____
7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____
8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____
бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Проверьте прививочный статус:
Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я
Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1
Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3
О П В - 3
О П В - 0
Корь + краснуха + паротит
АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация
Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____
Дата _____

Оценка ухода:

●
Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я
и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

●
Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

●

Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской

Проблемы ухода

помощью (КВН)	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды 	Пр о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев
врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	_____ \ _____	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____ г.	Рост _____ см.	ИМТ	_____	Окружность головы	_____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:						
Жалобы матери:						
Осмотр ребенка			Диагноз:			
Кожа:						
Состояние периферических лимфоузлов						
Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы						
Органы дыхания: _____						
_____ Частота дыхания _____						
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____						
_____ Сердечный ритм _____						
_____ Сердечные шумы _____;						
Органы пищеварения: живот _____ печень _____						
_____ селезенка _____						
Мочеиспускание _____ Стул _____						
Оценка ухода в целях развития			Проблемы ухода для развития			
Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?						
Оценка психомоторного развития:			Не отстаёт Отстает на _____ эпикризный срок			
Д о =						
Д р =						
Р а =						
Р п =						
Н =						
Э =						
Оценка питания						
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?						

Грудное вскармливание						
1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____						
Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз						
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____						
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____						

<p style="text-align: center;">----- Н е т -----</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>●</p> <p>Какова густота пищи? Густая _____ Ежемесячный осмотр на приеме у врача _____</p> <p>-----</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p> <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <p>●</p> <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>●</p> <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>●</p>	<p>Проблемы ухода</p>

Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды 	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
-

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 6 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____	20__	Возраст: _____	Температура _____
Жалобы матери:			
Оцените признаки опасности:			
●			
Может ли ребенок пить или сосать грудь?			
●			
Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?			
●			
Были ли судороги?			
●			
Летаргичен или без сознания?			
Оценка ухода в целях развития		Проблемы ухода для развития	
Как Вы играете с Вашим ребенком?			
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?			
Оценка психомоторного развития:			
Д о =			
Д р =			
Р а =		Н е о т с т а е т	
Р п =		Отстает на _____ эпикризный срок	
Н =			
Э=			
Оценка питания			
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?			

Грудное вскармливание			
1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____			
Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз			
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____			
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____			
_____ Нет _____			
Если Да, _____ мл _____ раз в день			

<p>7. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>8. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>9. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>10. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ м.л.</p> <p>11. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>12. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи	
● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение	Пр о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
● Не смотрит на движущие предметы	
● Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц	
● Нет аппетита, отказывается от еды	
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г. Рост _____ см.	ИМТ _____	Окружность головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
<p>Осмотр ребенка</p> <p>Кожа:</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____</p> <p>_____</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>_____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>_____ Сердечный ритм _____</p> <p>_____;</p> <p>Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>	
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Не отстаёт</p> <p>Отстаёт на _____ эпикризный срок</p>	
Оценка питания		
<p>●</p> <p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>		
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____</p> <p>_____ Нет _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>		

Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____

Сколько перекусов за день? _____

Ценность перекусов: Питательная _____

Непитательная _____

Какое количество пищи съедает за один прием? _____

_____ м л .

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

—

На прошлой неделе ребенок ел:

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

Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____

Нет _____ сколько дней _____

Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____

бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

О П В - 3

О П В - 0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____

__ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

Оценка ухода:

Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

Да Нет

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев

Дата осмотра ___ \ ___ 20__		Возраст: _____		Температура _____	
Жалобы матери:					
Оцените признаки опасности:					
●					
Может ли ребенок пить или сосать грудь?					
●					
Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?					
●					
Были ли судороги?					
●					
Летаргичен или без сознания?					
Оценка ухода в целях развития			Проблемы ухода для развития		
Как Вы играете с Вашим ребенком?					
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?					
Оценка психомоторного развития:			Н е о т с т а е т		
Д о =			Отстает на _____ эпикризный срок		
Д р =					
Р а =					
Р п =					
Н =					
Э=					
Оценка питания					
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?					

Грудное вскармливание					
1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____					
Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз					
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____					
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_					
_____ Нет _____					
Если Да, _____мл _____ раз в день					
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____					
Сколько перекусов за день? _____					
Ценность перекусов: Питательная _____					
Непитательная _____					
Какое количество пищи съедает за один прием? ____					
_____ мл .					

<p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____</p> <p>бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>_____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды 	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
 - Оптимальное питание матери.
 - Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
 - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
 - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
 - Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца
- Медсестра:
- Осмотр ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____
 Вес _____ г. Рост _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка
 Кожа:
 Состояние периферических лимфоузлов
 Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы
 Органы дыхания: _____
 _____ Частота дыхания _____
 Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____
 _____ Сердечный ритм _____
 _____; Сердечные шумы _____;
 Органы пищеварения: живот _____ печень _____
 _____ селезенка _____
 Мочиспускание _____ Стул _____

Диагноз:

Оценка ухода в целях развития
 Как Вы играете с Вашим ребенком?
 Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы ухода для развития

Оценка психомоторного развития:
 Д о =
 Д р =
 Р а =
 Р п =
 Н =
 Э =

Не отстаёт
 Отстаёт на _____ эпикризный срок

Оценка питания

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления
 вашего ребенка?

Грудное вскармливание
 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____
 Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз
 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные
 смеси или другие заменители грудного молока? Да _____
 _____ Нет _____
 Если Да, _____ мл _____ раз в день

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 _____

<p>8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней ____</p> <p>10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Д а т а _ _ _ _ _ _ _ _</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Нет аппетита, отказывается от пищи</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	

Заключение:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 24 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

<ul style="list-style-type: none"> ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья ? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания? 	Да _____ нет _____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпик р и з н ы й _____ с р о к
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления В а ш е г о р е б е н к а ? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____ –	
<ul style="list-style-type: none"> ● Сколько основных приемов пищи в день? _____ ● Сколько перекусов за день? _____ ● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ ● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ 	

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Плохой аппетит</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата	осмотра	______	20__	Возраст:	___	Температура	___
Вес	___	г.	Рост	___	см.	ИМТ	___
				Окружность		головы	___
							см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр				ребенка			
Кожа:							
Состояние		периферических		лимфоузлов			
Слизистые		ротовой		полости		Зев	

<p>к о н њ ю н к т и в ы</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>-----</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>_____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>_____ Сердечный ритм _____</p> <p>____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления</p> <p>В а ш е г о р е б е н к а ?</p> <p>_____</p> <p>-----</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>●</p> <p>Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>_____</p> <p>●</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>●</p> <p>Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>●</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p> <p>●</p> <p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>—</p> <p>●</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p> <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p>	

<ul style="list-style-type: none"> Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>

Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие до 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Врач:

Лист профилактического осмотра в 2 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев

Дата осмотра __ \ ____ 20__	Возраст: ____	Температура _____
Жалобы матери:		
Оцените признаки опасности:		

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Может ли ребенок пить или сосать грудь?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</p>	Да _____ Нет _____
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Были ли судороги?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Летаргичен или без сознания?</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	Проблемы ухода для развития
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>—</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>_____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сколько перекусов за день? _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>—</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 	

<p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Даєте ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

Плохой аппетит	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
З а к л ю ч е н и е : :	

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г. Рост _____ см. ИМТ _____		
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		

<p>Осмотр ребенка К о ж а : Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев к о н ь ю н к т и в ы Большой родничок _____ ----- Органы дыхания: _____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ _____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления В а ш е г о р е б е н к а ? _____</p>	
<p>Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>● Сколько основных приемов пищи в день? _____ _____ ● Сколько перекусов за день? _____ ● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ ● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ _____ ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p>	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

● Плохой аппетит	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев.

Врач:

Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Жалобы матери:		

<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Может ли ребенок пить или сосать грудь?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Были ли судороги?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Летаргичен или без сознания?</p>	<p>Да _____ Нет _____</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>—</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>—</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Нет интереса к игре.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Часто падает.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Трудности с манипулированием мелкими предметами.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

Проблемы с пониманием простых обращений. ● Неспособность формулировать простые предложения. ● Отсутствие или незначительный интерес к еде.	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола).
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача в 3 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 3 года.

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: _____ Температура _____

Вес _____ г. Рост _____ см. ИМТ _____

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
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:

Оценка ухода в целях развития

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы ухода для развития

Оценка психомоторного развития:

Д о =

Д р =

Р а =

Р п =

Н =

Э =

Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

Оценка питания

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления

Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да ___ Нет ___

●
Сколько основных приемов пищи в день? _____

●
Сколько перекусов за день? _____

●
Ценность перекусов: Питательная _____
Непитательная _____

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

●
Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

<ul style="list-style-type: none"> ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Нет интереса к игре. ● 	

Часто падает. ●	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Трудности с манипулированием мелкими предметами ●	
Проблемы с пониманием простых обращений. ●	
Неспособность формулировать простые предложения ●	
Отсутствие или незначительный интерес к еде.	
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 4 года.

Врач:

- Лист профилактического осмотра 3 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 4 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 5 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 6 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 7 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 8 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 9 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 10 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 11 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 12 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 13 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
- Лист профилактического осмотра 14 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Записи по поводу болезни ребенка

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя _____ Возраст _____ Вес (кг) _____

Температура _____

Спросите: какие проблемы есть у ребенка _____

_____ Первичный визит? __ Повторный визит? _____

Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте

Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте

Ищите: очень тяжелое заболевание или местную бактериальную инфекцию		
<p>Спросите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Наблюдаются ли трудности при кормлении</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли у младенца судороги?</p>	<p>Осмотрите, послушайте, ощутите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сосчитайте число дыханий в минуту _____</p> <p>— —</p> <p>Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите выраженное втяжение грудной клетки</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Измерьте аксилярную температуру \ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите кожные гнойнички</p>	
Ищите возможную желтуху:	Да _____ Нет _____	
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	Осмотрите и ощутите: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: есть ли у младенца диарея?	Да. _____ Нет _____	
	Осмотрите и ощутите:	
	●	

<p>Если да, спросите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Как долго? ___ дней</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите запавшие глаза</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Проверьте реакцию кожной складки. Складка _____ расправляется Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар</p>		
<p>Проверьте: есть ли проблемы кормления или низкий вес</p>		
<p>Спросите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок кормится грудью? Да ___ Нет ___</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Если да, сколько раз за 24 часа? ___ _</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____ Нет _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Если да, как часто? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Определите соответствие веса к возрасту: Низкий ___ Не низкий ___</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____ _____</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ Г Р У Д Ь Ю :</p> <p>Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ 2. Рот младенца широко открыт Да ___ Нет ___ 3. Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ 4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не с н и з у Да ___ Нет ___ <p>Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с п а у з а м и) ? Сосет неэффективно Сосет эффективно</p>	

Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
Проверьте прививочный статус младенца: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ _ НИБ 1 _____ ОПВ 1 _____	Визит для следующей прививки _____ _____ Дата _____
Оцените другие проблемы:	

Лечение:

Рекомендации по питанию:

Объясните, когда вернуться Последующий визит _____
 немедленно _____
 Диагноз по МКБ _____

Решение по И В Б Д В :

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Лечить дома с назначением препаратов
 (название, доза, кратность, длительность)

- _____ № рецепта
- _____ № рецепта
- _____ № рецепта
- _____ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ______\20__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный_ повторный_ Жалобы: _____	Общие признаки опасности : Да _____ Нет _____
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка <u>кашель</u> или <u>затрудненное</u> дыхание? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть)	

<p>астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p>	
<p>Есть ли у ребенка <u>диарея</u>? Да ___ Нет ___ Как долго ___ Есть ли кровь в стуле ___ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</p>	
<p>Есть ли у ребенка <u>температура</u>? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___ Как долго? ___ Если более 5 дней. Каждый день? ___ Болел ли корью последние 3 месяца ___ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, <u>п о к р а с н е н и е</u> г л а з Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта (Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли в ___ ухе? Да ___ Нет ___ Есть ли гнойные выделения из уха. Их длительность более 14 дней Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли в <u>горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___ Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p><u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение</u> питания или анемия Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар): Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____ _____ _____ Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	Проблемы питания
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____ Конъюнктивит: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ _____ Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ П у л ь с а ц и я в е н ш е и . Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____ Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____ Парезы, параличи _____ Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____ _____ Дизурические явления: _____ Другое _____</p>	

Лечение

Рекомендации по питанию:

Объясните, когда Последующий визит _____
вернуться немедленно _____
Диагноз по МКБ _____

Р е ш е н и е п о И В Б Д В :
1. Срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)
_____ № рецепта
_____ № рецепта
_____ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)
Вкладной лист истории развития ребенка № _____
Паспорт ребенка с нарушением слуха
Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

ИИН |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Место жительства: область _____
Район _____ город (село) _____

Улица _____ дом № _____ корп. _____ кв. _____
телефон домашний _____ телефон сотовый _____
Диагноз: _____

А н а м н е з

Перитонеальный анамнез

Беременность _____ Особенности протекания _____

Роды _____ в _____ недель. Особенности протекания родов _____

Наличие факторов риска по тугоухости: гестоз/токсикоз/угроза прерывания беременности/резус-конфликт матери и плода/перенесенные инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности _____/ототоксические препараты, применяемые матерью во время беременности и ребенком _____/анемия/сахарный диабет/тиреотоксикоз/асфиксия новорожденного/внутричерепная родовая травма/гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л)/гемолитическая болезнь новорожденного/масса тела при рождении менее 1500 граммов/низкий балл по шкале Апгар _____/гестационный возраст более 40 недель (переношенность)/реанимация и интенсивная терапия ребенка после рождения/возраст матери более 40 лет (поздние роды)

Проводился ли аудиологический неонатальный скрининг слуха:

в организации родовспоможения: да/нет, результат _____

в организации ПМСП: да/нет, результат _____

Слуховой анамнез

Нарушение слуха замечено до овладения речью/после овладения речью/в связи с задержкой развития речи в возрасте _____.

Когда и где впервые выставлен диагноз _____

Предполагаемая причина нарушения слуха: неизвестна/наследственная/приобретенная

Менингитом не болел/болел _____

Получал ли ототоксические препараты: нет/да, какие _____ в возрасте _____

при лечении _____

Есть ли родственники с нарушением слуха: нет/да _____

Болеет ли отитом: нет/да _____

Имеет ли инвалидность по слуху: не имеет/имеет с возраста _____

Место обучения ребенка _____

Вид слухопротезирования

1. Слуховой аппарат (СА)

Протезированное ухо: левое / правое / бинаурально _____

Вид СА: аналоговый / цифровой _____

Вид ушного вкладыша _____

С какого возраста использует СА _____

2. Система кохлеарной имплантации

Название импланта _____ Вид электрода _____

Название речевого процессора _____

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

3. Система имплантации среднего уха

Название импланта _____ Название аудиопроессора _____

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

Настройка

(слухового аппарата / речевого процессора системы кохлеарной имплантации /
аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата настроечной сессии _____

Место проведения настройки _____

Ф.И.О. врача-сурдолога, контактный телефон _____

Средство слухопротезирования использует постоянно/иногда/только на занятиях _____

Эффективность: помогает/мало помогает/не помогает

Условия коррекционно-педагогической помощи

Наличие специальной помощи по месту жительства _____

Количество индивидуальных занятий в неделю _____

Частота, регулярность занятий дома _____

Особенности настройки

Оценка слухового восприятия	Оценка развития речи
1 – отсутствие реакции на звуки	0 – отсутствие речи
2 – наличие реакции на звуки	1 – лепет
3 – распознавание неречевых звуков	2 – использование нескольких простых слов
4 – распознавание звуков речи без считывания с губ	3 – односложные предложения
5 – распознавание отдельных слов	4 – предложения из 2-х слов
6 – фразы	5 – предложения из 3-х слов
7 – понимание речи без считывания с губ	6 – сложные предложения
8 – понимание разговора по телефону	7 – сложные предложения с простыми рассказами
	8 – полностью "беглая" речь

Рекомендации

1. Речевая среда

Постоянное ношение _____

2. Наблюдение за реакциями ребенка на разные звуки.
3. Регулярные (ежедневные) занятия ребенка дома с родителями.
4. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом, логопедом, психологом по месту жительства.
5. Развитие слуха и речи родителями в ситуациях бытового общения.
- Настройка через _____

Подпись врача _____

Сурдопедагогическое обследование настройки
(слухового аппарата/речевого процессора системы кохлеарной имплантации/
аудио процессора системы имплантации среднего уха)

Дата _____

Место проведения обследования _____

Ф.И.О. сурдопедагога, контактный телефон _____

Особенности слухового восприятия

Сформированность УДР: сформирована / не сформирована

Различение градаций громкости звуков тихо – хорошо – громко:
сформирована / не сформирована

Расстояние стабильных реакций

Звуки	Неречевые	Речевые
низкочастотные громкие		

низкочастотные тихие звуки		
среднечастотные громкие звуки		
среднечастотные тихие звуки		
высокочастотные громкие звуки		
высокочастотные тихие звуки		
шепотная речь		
голос разговорной громкости		

Различение

Звуков		Слов		Фраз	
гласных	согласных	в закрытом выборе	в открытом выборе	в закрытом выборе	в открытом выборе
		с разной слоговой структурой	с разной слоговой структурой		
		с одинаковой слоговой структурой	с одинаковой слоговой структурой		
		отличающихся одним звуком	отличающихся одним звуком		

Различение предложений _____

Понимание обращенной речи _____

Понимание разговора по телефону _____

Рекомендации (нужное выделить, дополнить)

1. Развитие УДР на звук _____

2. Формирование понятия градации звука по громкости _____

3. Развитие внимания на окружающие звуки _____

4. Формирование навыков по:

дифференциации звуков (гласных, согласных в слогах, в словах) _____

различению слов с разной/одинаковой слоговой структурой _____

различению фраз _____

различению предложений _____

пониманию прочитанного текста _____

5. Развитие слухового внимания к тихим звукам _____

6. Формирование речевого самоконтроля _____

7. Работа над дыханием _____

8. Артикуляционная гимнастика _____

9. Работа над мимической мускулатурой _____

10. Работа над голосом _____

Подпись сурдопедагога _____

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 28
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е -қ нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы | Медицинская документация Форма № 112/у –д утверждена приказом
Наименование | исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан
организации | от "23" ноября 2010 года № 907

История развития ребенка

(д е в о ч к а)

№ _____

Группа крови _____

Резус принадлежность _____

1. Фамилия _____ Имя _____

Отчество (при его наличии) _____

2. ИИН _____

3. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

4. Код КАТО: _____

5. Место жительства: (район) _____ (город, село) _____

_____ (улица) _____ дом _____ кв _____

6. Контактные телефоны _____

Дата взятия на учет в данной организации	Откуда прибыл	Дата снятия	Адрес выбытия

7. Организованность:

Дата _____ Название учреждения _____

Сведения о семье:

--	--	--	--

Родители и дети Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детская организация)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети			

Сведения о новорожденном:

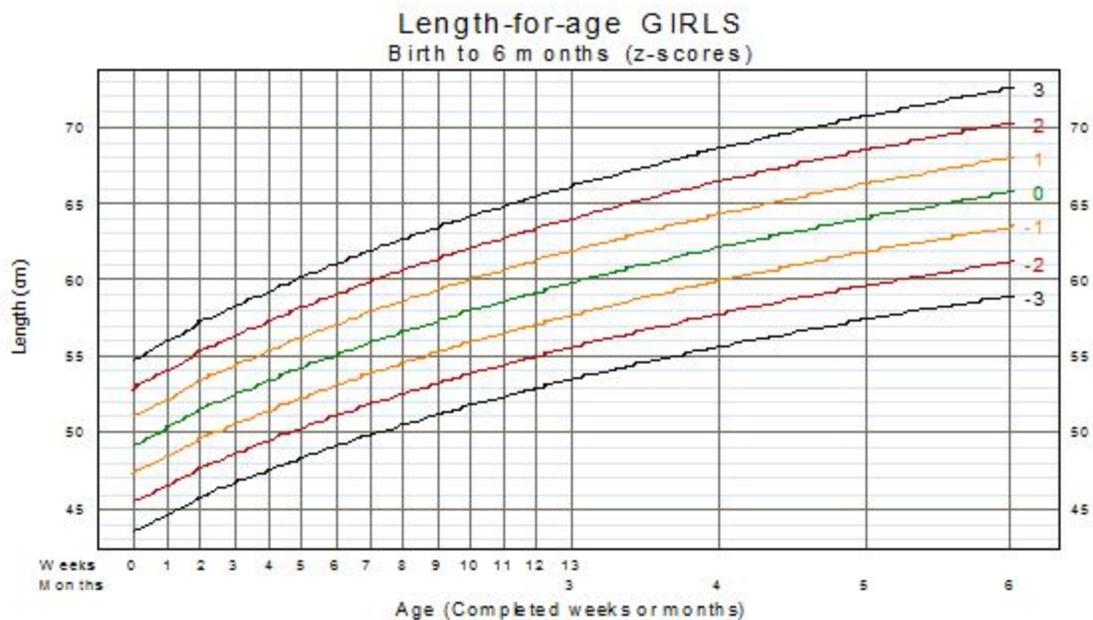
Дата выписки из роддома № _____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № _____	
Адрес роддома _____			
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

<p>Вес при рождении _____</p> <p>Рост при рождении _____</p> <p>ИМТ _____</p> <p>Окружность головы _____</p> <p>Оценка физического развития: _____</p>	<p>Место для приклеивания обменной карты</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
--	---

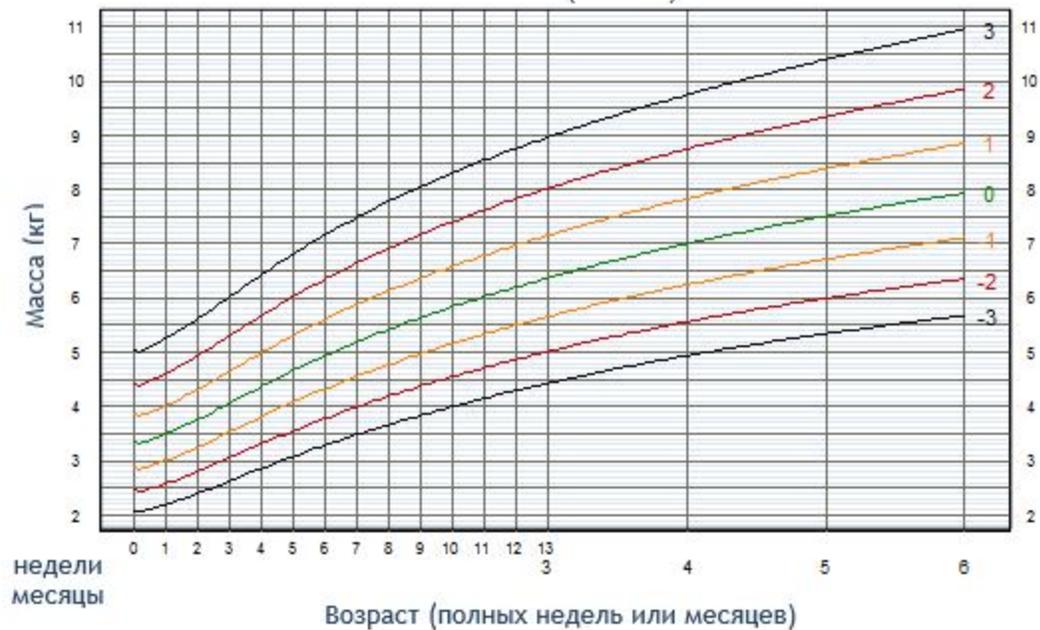
Скрининг на наследственную патологию

№	Наименование	Дата забора крови, дата аудиологического скрининга	Результат
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологический скрининг		

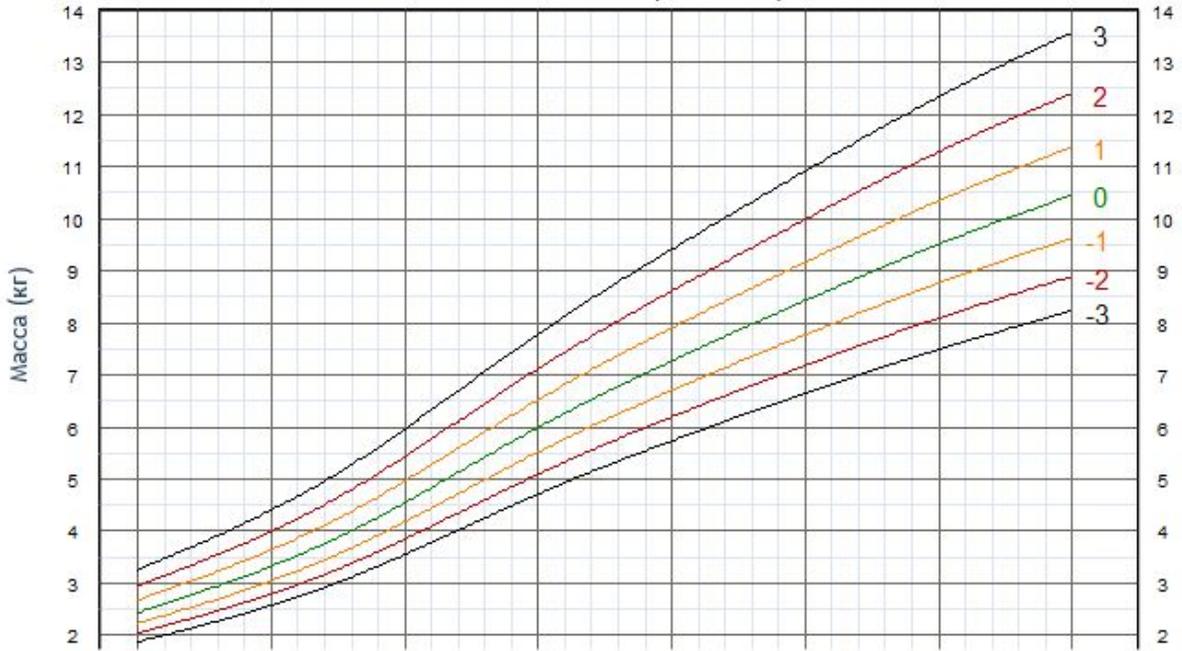
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



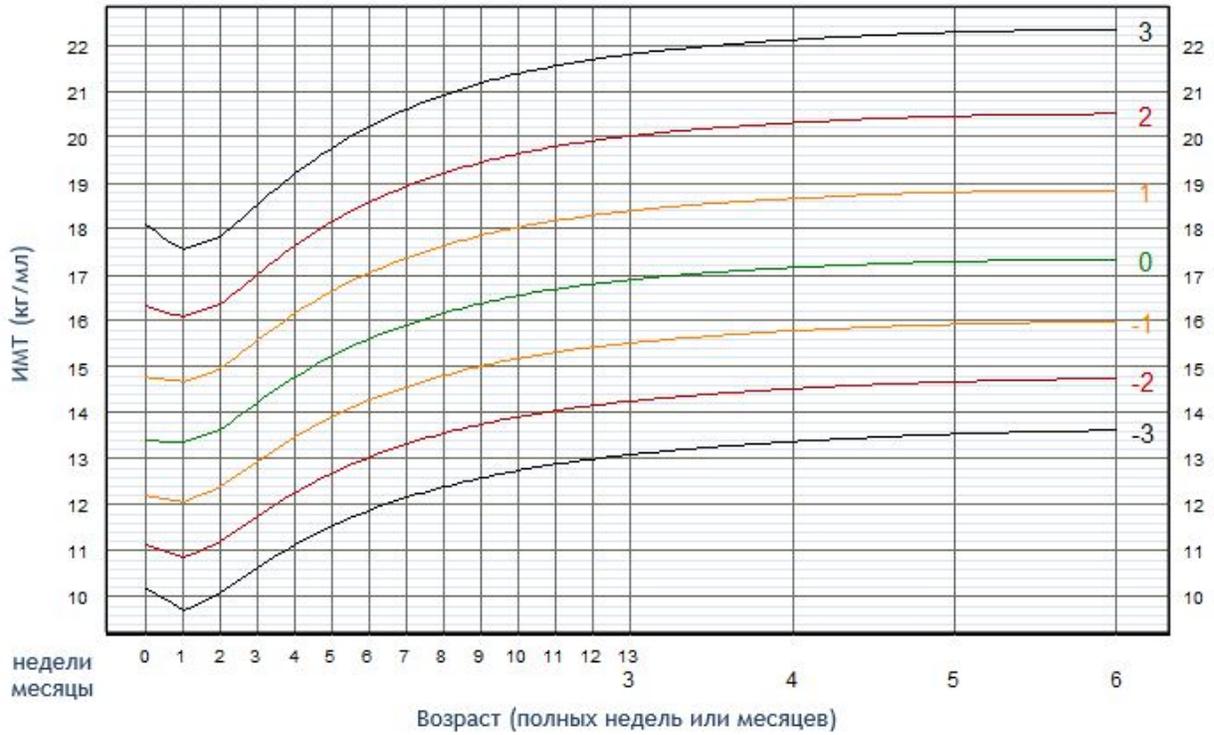
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



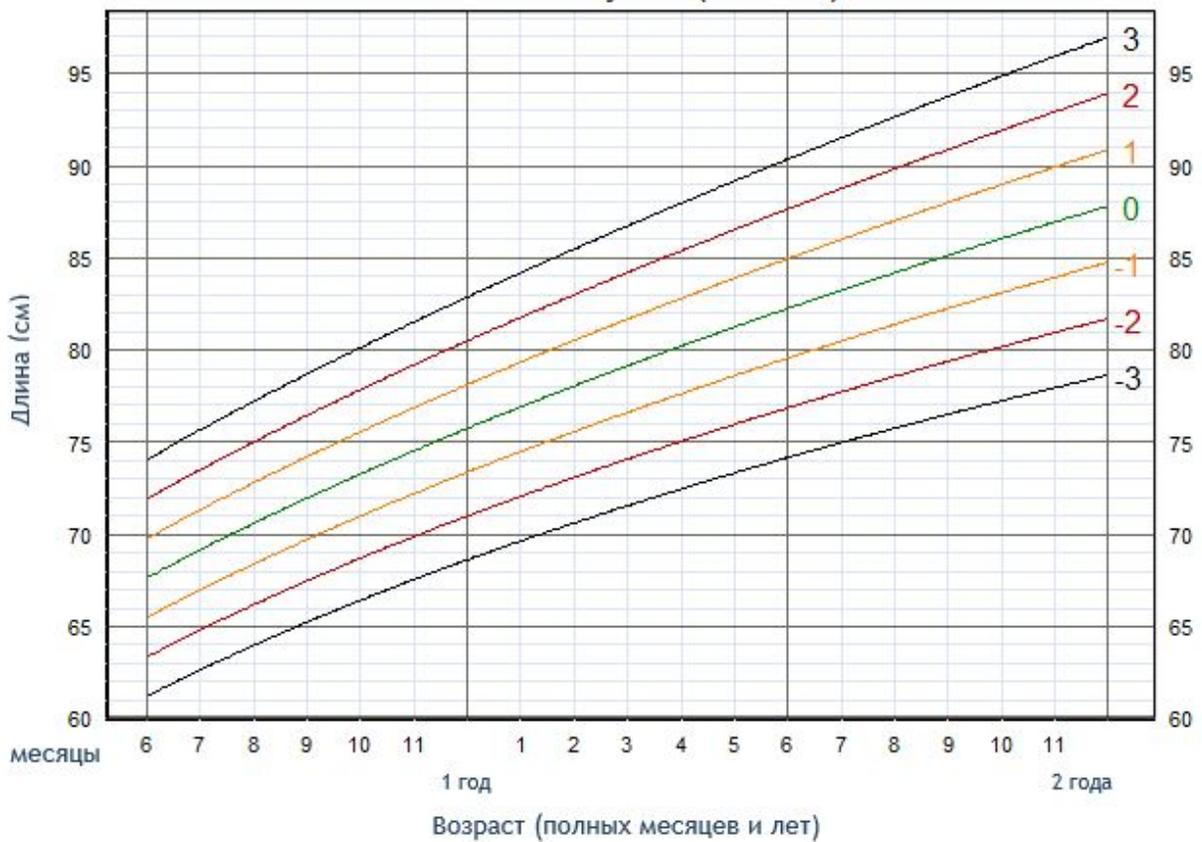
Масса к длине ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



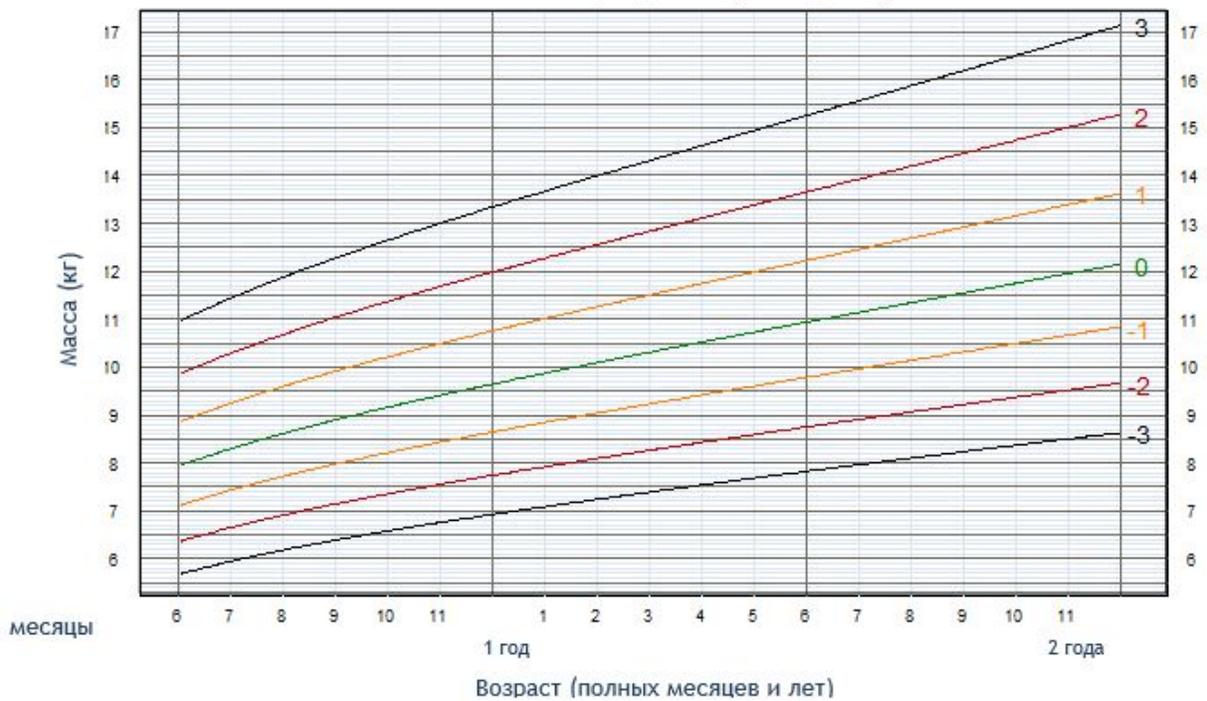
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



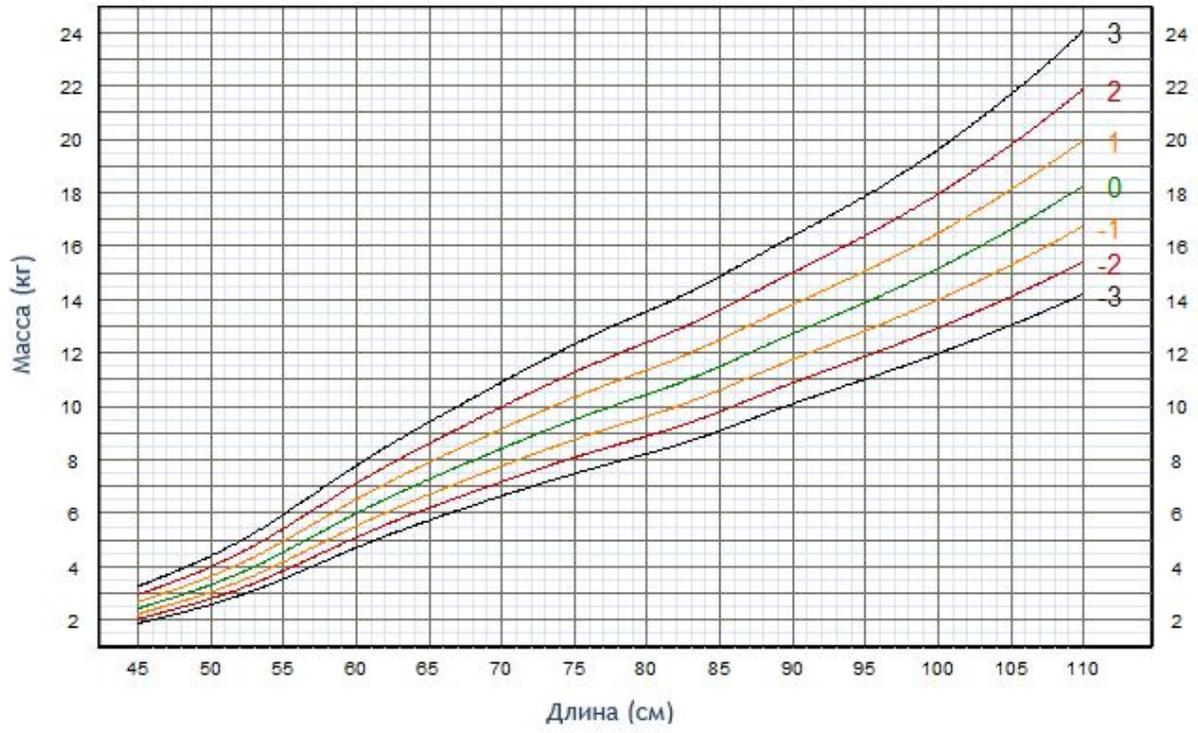
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



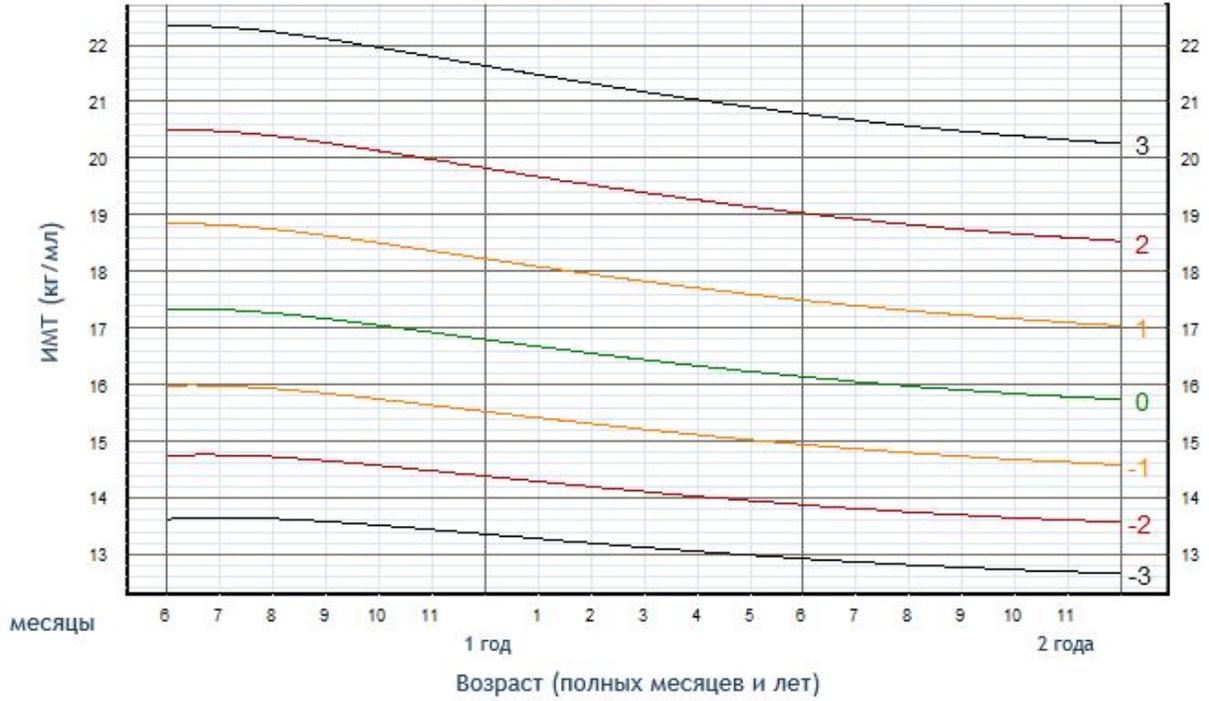
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



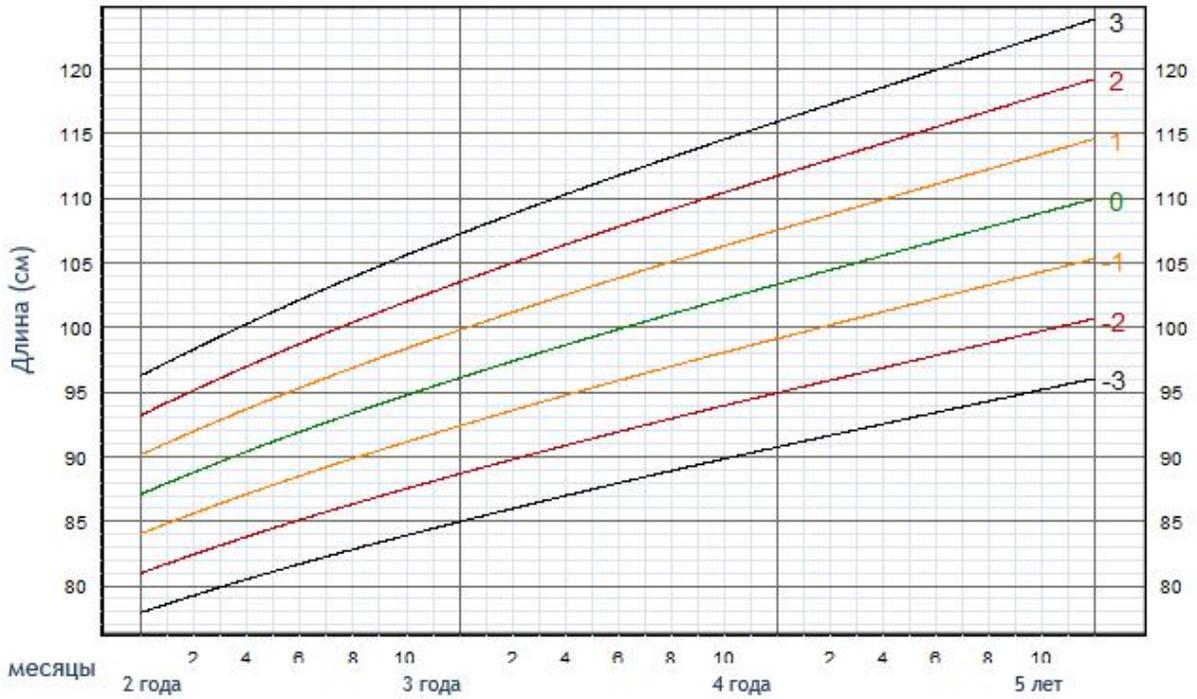
Масса к длине ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



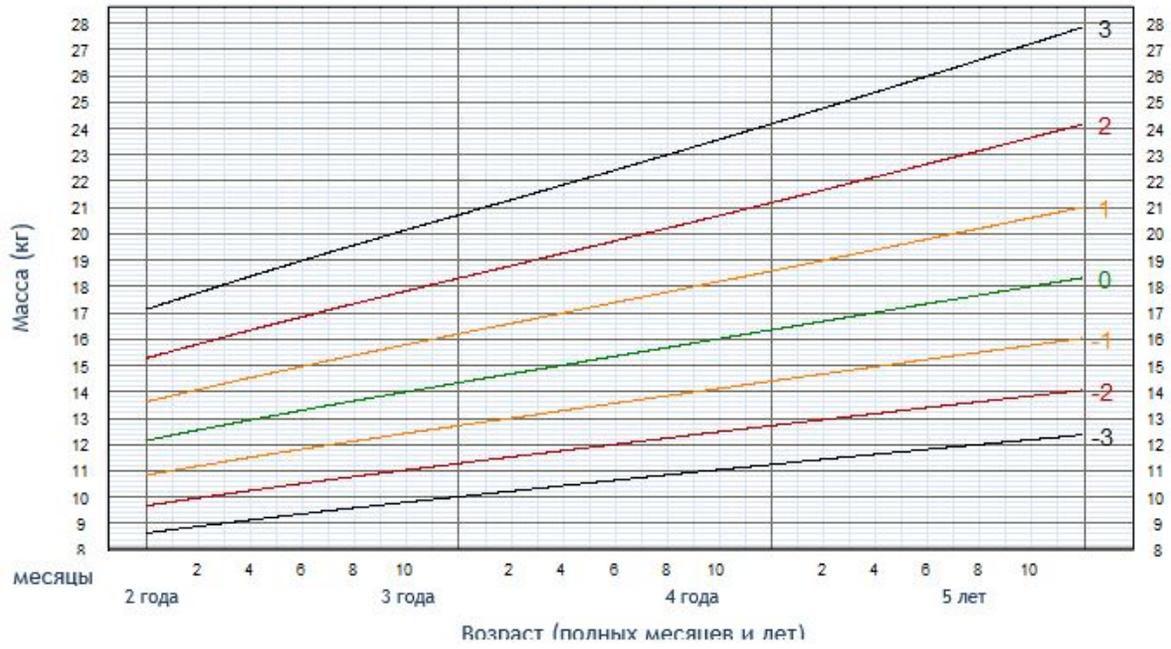
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



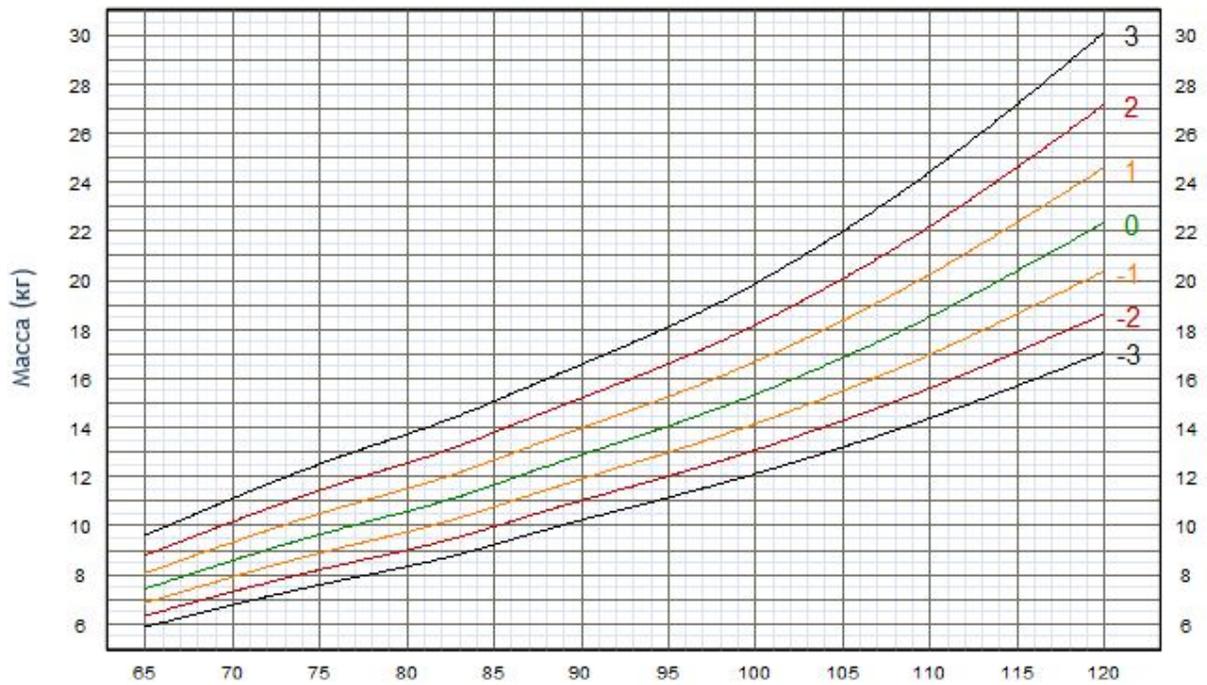
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



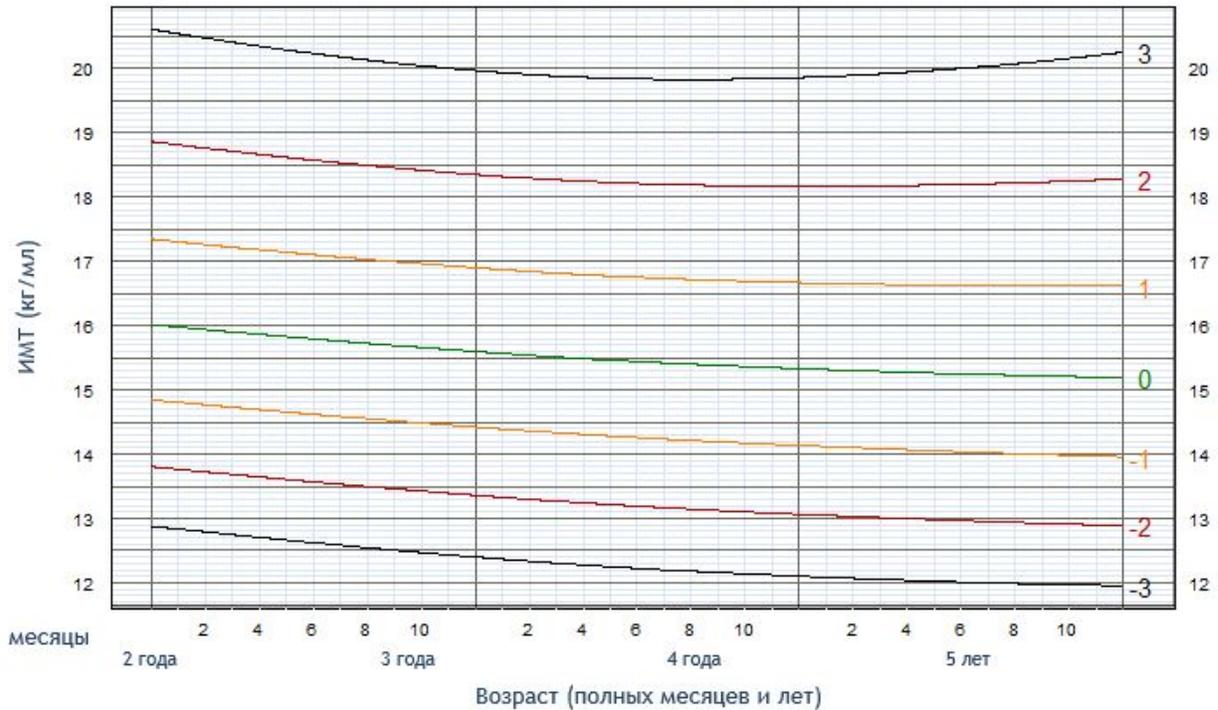
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Масса к длине ДЕВОЧКИ от 2 до 5 лет (Z-индексы)



ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Дата получения информации из женской консультации _____

Название женской консультации _____

Дата проведения первого дородового патронажа _____

1	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
.	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН _____
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть) _____
2	Биологический анамнез беременной:
.	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету _____, запланированная, желанная, нежеланная (нужное подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего _____, в том числе:
	<ul style="list-style-type: none"> ● закончились родами - ● искусственным прерыванием беременности-у ● выкидышем-

	<ul style="list-style-type: none"> ● ожирения (ИМТ до беременности свыше 30)
5	<p>Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:
	Заключение
	<p>Степень и направленность риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск <p>По другим факторам:</p> <p>Кто адресно оповещен о высоких рисках:</p> <p>Заведующий женской консультацией _____</p> <p>Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба) _____</p> <p>Другие ведомства или местная власть _____</p>
	<p>Рекомендации:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности ● По поддержанию оптимального питания (пирамида питания) ● Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих) ● Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза ● О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья ● О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода
	<p>Медсестра /Фельдшер</p> <p>Второй дородовый патронаж</p> <p>Название женской консультации _____</p> <p>Дата проведения второго дородового патронажа _____</p>
1.	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)

Прививка против:	Вакцинация или ревакцинация и кратность введения	Дата	Возраст	Доза	Серия	Способ введения	Страна производитель	Реакция	
								местная	общая
Туберкулеза	Вакцинация								
	Результат 1 мес								
	Результат 3 мес								
	Результат 6 мес								
	Результат 1 год								
	1 ревакцинация								
Вирусного гепатита В	Вакцинация	1							
		2							
		3							
Полиомиелита	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Дифтерии, коклюша, столбняка	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Гемофильной инфекции	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Кори, паротита, краснухи	Вакцинация								
	Ревакцинация								
Вирусного гепатита А	Вакцинация	1							
		2							
Дифтерии, столбняка	1 ревакцинация								
	2 ревакцинация								

3 ревакцинация

Внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины

Прививка против:	Вакцинация или ревакцинация	Дата	Возраст	Доза	Серия	Способ введения	Страна производитель	Реакция	
								местная	общая

Реакция Манту:

Реакция Манту:	Дата	Возраст	доза	Серия туберкулина	Страна-производитель	Размер инфильтрата	Результат	Заключение фтизиатра

Учет результатов по проведению аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии у детей раннего возраста в организациях ПМСП

Возраст	Результаты аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии*					
	Правое ухо			Левое ухо		
	" Прошел "	"Не прошел" * *	Скрининг не проводился	" Прошел "	"Не прошел"* *	Скрининг не проводился
1 месяц						
3 месяца						
6 месяцев						
9 месяцев						
1 год						
1 год 6 месяцев						
2 года						
2 года 6 месяцев						
3 года						
3 года 6 месяцев						

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение

Да _____ Нет _____

Анамнез: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое ...

Отягощенный анамнез:
Да _____ Нет _____

Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Мор о ; 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)

Мочепускание _____ (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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

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):

<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 ____ <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница). 	
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком? 		Проблемы развития
<p>Проверьте прививочный статус младенца: Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня: Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ ----- Дата _____</p>
<p>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 _____</p>		Проблемы ухода
<p>Оценка здоровья матери: 1. Осмотр молочных желез:</p>		Проблемы
<p>2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. глубокая тревожность и беспокойство 2. глубокая печаль 3. частые слезы 4. ощущение неспособности заботиться о ребенке 5. чувство вины 6. приступы паники 		<p>Советы по ведению послеродовой депрессии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

7. стресс	и	раздражительность	4. чаще
8. утомляемость	и	недостаток энергии	прикасаться к
9. неспособность	к	сосредоточению	внимания
10. нарушение			ребенку
11. проблемы	с	аппетитом	5. думать о
12. потеря	интереса	к	ребенке
13. ощущение	беспомощности	и	6. чаще выходить
14. антипатия к ребенку		безнадежности	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
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
-

Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны

- Правила поведения и уход 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (7-й день)

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да __ Нет _____	
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания	
• Есть ли 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 бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____		

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):

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> - 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 ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? <ul style="list-style-type: none"> Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница). 	
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком? 		Проблемы развития
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>		Проблемы
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °C) Гигиена ребенка _____</p>		Проблемы Ухода
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>		Проблемы
<p>Заключение:</p>		

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

- Исключительно грудное вскармливание

- Стимуляция психосоциального развития

-

Уход за новорожденным, режим прогулок

- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

- Личная гигиена матери.

- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Посещение врачом на дому (14-й день)

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: ____ . Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да _____ Нет _____
Кожа: _____ Слизистые _____ Пуповина _____ ротовой _____ полости _____ конъюнктивы _____ Большой _____ родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____ Мочевыделение _____; Стул _____	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
<ul style="list-style-type: none"> • Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ • Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз 	

6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка

7. 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.

8. Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому (21-й день)

Дата осмотра ___ \ ___ 20__		Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____			
<p>Оцените признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;</p> <p>10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>			Да ___ Нет ___
Определите, есть ли проблемы кормления			Проблемы питания
<p>●</p> <p>Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>●</p> <p>Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>●</p> <p>Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>●</p> <p>Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <p>●</p> <p>Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <p>●</p> <p>Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>			
<p>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):</p>			
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец		<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да _____ Нет _____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да _____ Нет _____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да _____ Нет _____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта</p>	

Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

●
Личная гигиена матери.

●
Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (28-й день)

Дата осмотра ___ \ ___ 20__		Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____			
<p>Оцените признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;</p> <p>10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных пузырьков на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>			Да ___ Нет ___
Определите, есть ли проблемы кормления			Проблемы питания
<p>● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>● Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>● Если да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>● Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <p>● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <p>● Если да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>			
<p>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):</p>			
<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:</p> <p>- подбородок касается груди Да _____ Нет _____</p>			

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____ - Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)		Проблемы
Оценка состояния 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 состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

-
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
-
- Исключительно грудное вскармливание
-
- Стимуляция психосоциального развития
-
- Уход за новорожденным, режим прогулок
-
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за
-

новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

- Личная гигиена матери.

- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой

Дата осмотра	___ \ ___ 20__	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 _____					
Определите, есть ли проблемы кормления				Проблемы питания	
<ul style="list-style-type: none"> • 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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____ 					
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):					

<p>Оцените кормление грудью:</p> <p>Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> - 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 ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? <ul style="list-style-type: none"> Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница). 	
<p>Проверьте прививочный статус:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц ___ мм</p> <p>И периферических лимфоузлов</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>	
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а длительность</p>	
<p>Психомоторное развитие:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p> <p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>___ эпикризный срок</p> <p>Проблемы ухода для развития</p>	
<p>Оценка ухода:</p> <p>1.Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику</p> <p>2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>3. Знает ли мать признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11.</p>	<p>Проблемы ухода</p>	

Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● 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 и т.д.)
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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 1 до 2 месяцев

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: ____ . Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да ___ Нет ___
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 ____	

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а :</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Как вы играете с Вашим ребенком? ● Как вы общаетесь с Вашим ребенком? 	<p>Проблемы развития</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>Проблемы</p>
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °C) Гигиена ребенка _____</p>	<p>Проблемы Ухода</p>
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>Проблемы</p>
<p>Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет</p>	<p>Да __Нет ____</p>

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
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

Другое

Медсестра:

Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата	осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность	_____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							

О с м о т р р е б е н к а		
Кожа: Пуповина _____		Диагноз:
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 _____		
Мочевыделение _____ ; Стул _____		
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
<ul style="list-style-type: none"> ● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____		
<ul style="list-style-type: none"> ● Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____		
<ul style="list-style-type: none"> ● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз		
<ul style="list-style-type: none"> ● Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____		
<ul style="list-style-type: none"> ● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __		
<ul style="list-style-type: none"> ● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой		
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.	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> - 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 _____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно	
	<ul style="list-style-type: none"> ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня		Визит для следующей

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2	прививки _____ _____ Дата _____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Д о з а длительность
Психомоторное развитие: Д о = Д р = Р а = Р п = 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 за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8.Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение.	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 и т.д.)
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

Врач/фельдшер:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 2 до 3 месяцев

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: ____ Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: <input type="checkbox"/> Может ли ребенок пить или сосать грудь? <input type="checkbox"/> Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? <input type="checkbox"/> Были ли судороги? <input type="checkbox"/> Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет _____
Определите, есть ли проблемы кормления <input type="checkbox"/> Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз <input type="checkbox"/> Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	Проблемы питания
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? <input type="checkbox"/>	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. <input type="checkbox"/> Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а : - 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 _____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо <input type="checkbox"/>

Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери Консультация по вопросам планирования семьи	Проблемы
Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет	Да ___ - Нет ___

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.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 3 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

Дата осмотра ___ \ ___ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____
	Окружность _____	головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка	Диагноз:	
Кожа:		
Состояние периферических лимфоузлов		
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 _____		
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания	
<ul style="list-style-type: none"> • Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ 		
<ul style="list-style-type: none"> • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз 		
<ul style="list-style-type: none"> • Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ 		

<p>Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да __ Нет __</p> <p>●</p> <p>Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа ?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на :</p> <p>- Подбородок касается груди Да __ Нет __</p> <p>- Рот широко раскрыт Да __ Нет __</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да __ Нет __</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>●</p> <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>●</p> <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _ _ _ _ _ м м Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а длительность</p>
<p>Психомоторное развитие: Д о = Д р = Р а =</p>	

Р п = Н = Э = Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	Н е о т с т а е т Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● 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.	П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	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
Врач:
Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 3 до 4 месяцев

Дата осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	_____.	Температура	_____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____						
Оцените признаки опасности:						
• Может ли ребенок пить или сосать грудь?						
• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?						
• Были ли судороги?						

<ul style="list-style-type: none"> ● Летаргичен или без сознания? _____ 	Да __Нет _____
<p>Определите, есть ли проблемы кормления</p>	Проблемы питания
<ul style="list-style-type: none"> ● 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: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____ 	
<p>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):</p>	
<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а : <ul style="list-style-type: none"> - 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 _____ Н е т _____ ● Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).
<p>Оцените уход в целях развития</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Как Вы играете с Вашим ребенком? ● Как Вы общаетесь с Вашим ребенком? 	Проблемы
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	Проблемы
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____</p>	Проблемы

Оценка состояния здоровья матери:	Проблемы
Осмотр молочных желез: _____	
Питание и режим сна и отдыха матери	
Заключение: Выполняются рекомендации врача	Да _____ Нет

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.
- Приглашен на прием к врачу в возрасте 4 месяцев
Медсестра:

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: _____ Температура _____
 Вес _____ г. Рост _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка
 Кожа:
 Состояние периферических лимфоузлов
 Слизистые ротовой полости Зев
 конъюнктивы _____
 Большой родничок _____

 Органы дыхания: _____
 Частота дыхания _____
 Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____
 Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;
 Органы пищеварения: живот _____ печень _____
 селезенка _____
 Мочеиспускание _____; Стул _____

Диагноз:

Определите, есть ли проблемы кормления

Проблемы питания

●
 Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
 ●
 Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
 ●
 Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
 ●
 Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
 ●
 Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет__
 ●
 Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой

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 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 _____

<p>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Н е т _ _ _ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да _ _ _ _ Н е т _ _ _ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ - - - Дата _____</p>	
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а длительность</p>	
<p>Психомоторное развитие: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок Проблемы ухода для развития</p>	
<p>Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>	

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● 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 и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	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

Врач:

Медсестра

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 4 до 5 месяцев

Дата осмотра ___ \ ___ 20__	Возраст: _____.	Температура _____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?		Да __ Нет _____
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 бутылочкой: _____ чашкой и ложкой _____	
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?	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а :</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
Оцените уход в целях развития	
• Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	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.

•
Приглашен на прием к врачу в возрасте 5 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	___	Температура	___	
Вес	___ г.	Рост	___ см.	ИМТ	___	Окружность головы	___ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
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 _____							
Диагноз:							

----- селезенка -----	
Мочеиспускание _____; Стул _____	
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
<p>● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____</p> <p>● Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____</p> <p>● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____</p> <p>● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой ____ чашкой и ложкой</p>	
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 ?	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>●</p> <p>Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на :</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>●</p> <p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>●</p> <p>Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>

<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Д о з а длительность</p>
<p>Психомоторное развитие: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● 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.</p>	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка питания и здоровья матери:</p>	<p>Проблемы</p>
<p>Заключение:</p>	

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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев

Дата осмотра ___ \ ___ 20__ Возраст: ____ Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: <input type="checkbox"/> Может ли ребенок пить или сосать грудь? <input type="checkbox"/> Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? <input type="checkbox"/> Были ли судороги? <input type="checkbox"/> Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет _____
Определите, есть ли проблемы кормления <input type="checkbox"/> Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз <input type="checkbox"/> Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ <input type="checkbox"/> Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при Кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	Проблемы питания
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. <input type="checkbox"/> Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания п о с м о т р и т е н а : - 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 Д а _____ Н е т _____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо <input type="checkbox"/>

Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение: Рекомендации выполняются	Да __Нет__ __

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.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 6 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____
	Окружность _____	головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка	Диагноз:	
Кожа:		
Состояние периферических лимфоузлов		
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 _____		
Оценка ухода в целях развития	Проблемы ухода для развития	
Как Вы играете с Вашим ребенком?		
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		
Оценка психомоторного развития:	Не отстаёт Отстаёт на _____ эпикриз ный срок	
Д о =		
Д р =		
Р а =		
Р п =		
Н =		
Э =		
Оценка питания		

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления
вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если да, сколько раз в сутки? ____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные
смеси или другие заменители грудного молока? Да ____

Нет ____

Если Да, ____ мл ____ раз в день

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:

●

Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько

дней ____

●

Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

●

Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____

Нет ____ сколько дней ____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____

бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать

с е г о д н я

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

О П В - 3

О П В - 0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____

____ м м

Состояние периферических лимфоузлов

Оценка ухода:

●

Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не

может есть 2. летаргичен или без сознания 3.

судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема

п и щ и и п и т ь я

Визит для следующей прививки ____

Дата ____

<p>и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	Проблемы ухода
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Плохой аппетит.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
-
- Оптимальное питание матери.
-
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

●
Массаж и гимнастика соответственно возрасту

●
Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

●
Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

●
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

●
Другое

Врач:

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра __ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р =	

Р а = Р п = Н = Э=	Не отстаёт Отстаёт на _____ эпикриз ный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____	
----- Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
5. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? ____ ----- 6. Сколько перекусов за день? _____ 7. Ценность перекусов: Питательная ____ Непитательная ____ ----- 8. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ ----- мл . 5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ----- ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ----- ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ с к о л ь к о д н е й 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ _ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ ----- Дата _____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ●	Проблемы ухода

Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможно заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Пр о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
-
- Оптимальное питание матери.
-
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
-
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

•
Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

•
Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

•
Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

•
Приглашен на прием к врачу в возрасте 7 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	______	20__	Возраст:	___	Температура	___	
Вес	___ г.	Рост	___ см.	ИМТ	___	Окружность головы	___ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
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 _____							
Мочепускание _____ Стул _____							
Оценка ухода в целях развития							
Как Вы играете с Вашим ребенком?							
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?							
Оценка психомоторного развития:							
Д о =							
Д р =							
Р а =							

<p>Р п = Н = Э=</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления В а ш е г о р е б е н к а ?</p> <p>_____</p> <p>Грудное _____ вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ _____ Н е т _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Н е г у с т а я _____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3.</p>	

<p>судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
-
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 7 до 8 месяцев

Дата осмотра __ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	
● Может ли ребенок пить или сосать грудь?	
● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?	Да___Нет___
● Были ли судороги?	
● Летаргичен или без сознания?	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о =	

Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления в а ш е г о р е б е н к а ? _____	
Грудное _____ вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _ _____ Н е т _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
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: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней _____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
Оценка ухода: ●	

<p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я</p> <p>и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

- -
 -
 -
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
-

Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 8 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	_____ \ _____	20__	Возраст:	_____	Температура	_____	
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность головы	_____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
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:

<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____</p>	
<p>Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ _____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ _____ Дата _____</p>

<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Продолжение грудного вскармливания
-
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
-
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 8 до 9 месяцев

Дата осмотра __ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: <ul style="list-style-type: none">● Может ли ребенок пить или сосать грудь?● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?● Были ли судороги?● Летаргичен или без сознания?	Да__ Нет__
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о =	

Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления В а ш е г о р е б е н к а ? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Н е т _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
4 Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 5 Сколько перекусов за день? _____ 6 Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ 7 Какое количество пищи съедает за один прием? ____ _____ мл . 8. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая ____ _____ 9. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● 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 с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ ____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
Оценка ухода: ●	

Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	___	Температура	___	
Вес	___ г.	Рост	___ см.	ИМТ	___	Окружность головы	___ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							
Осмотр ребенка							
Кожа:							
Состояние периферических лимфоузлов							
Слизистые ротовой полости Зев							
Конъюнктивы _____							

Большой родничок _____							

Органы дыхания: _____							
_____ Частота дыхания _____							
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____							
_____ Сердечный ритм _____							
_____; Сердечные шумы _____;							

<p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____ _____ селезенка _____ Мочепускание _____ Стул _____</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления в а ш е г о р е б е н к а ? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ _____ Н е т _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>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? _____ _____ м л . 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать</p>	

<p>с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>___ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения д в и ж е н и я</p> <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-

Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 9 до 10 месяцев

Дата осмотра __ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	
<ul style="list-style-type: none">•	
Может ли ребенок пить или сосать грудь?	
<ul style="list-style-type: none">•	

<p>Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья ?</p> <p>●</p> <p>Были ли судороги?</p> <p>●</p> <p>Летаргичен или без сознания?</p>	<p>Да ___ Нет ___</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____</p> <p>Нет _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>_____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p> <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <p>●</p> <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___</p> <p>Нет _____ сколько дней _____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ___ Нет ___</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____</p> <p>бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	

<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отказ от груди или другой пищи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-

Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата	осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Окружность	головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:							
Жалобы матери:							

<p>Осмотр ребенка К о ж а : Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>-----</p> <p>Органы дыхания: _____ _____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____</p> <p>_____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____ _____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления в а ш е г о р е б е н к а ?</p> <p>_____</p> <p>-----</p>	
<p>Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ _____ Н е т _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>_____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p> <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи 	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

● Ребенок не вступает в контакт.	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- 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

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 10 до 11 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: <input type="checkbox"/> Может ли ребенок пить или сосать грудь? <input type="checkbox"/> Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? <input type="checkbox"/> Были ли судороги? <input type="checkbox"/> Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Не отстаёт Отстаёт на _____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?	

Грудное вскармливание	
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз	
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
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? _____	

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____	
6. На прошлой неделе ребенок ел:	
<input type="checkbox"/> Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней ___	

<ul style="list-style-type: none"> ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ с к о л ь к о д н е й 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ __ чашкой и ложкой ____ 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	Визит для следующей прививки _____ - - - Дата _____
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	Проблемы ухода
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	Да нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт. 	П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
<p>Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 11 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата	осмотра	__ \ ____	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____	г.	Рост	_____	см.	ИМТ	_____
				Окружность	_____	головы	_____
Оцените физическое развитие, используя графики:							

Жалобы матери:	
<p>О с м о т р _____ р е б е н к а</p> <p>К о ж а : _____</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов _____</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев _____</p> <p>Конъюнктивы _____</p> <p>_____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>-----</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>_____ Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>_____ Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Сердечные шумы _____ ;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочепускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о = _____</p> <p>Д р = _____</p> <p>Р а = _____</p> <p>Р п = _____</p> <p>Н = _____</p> <p>Э = _____</p>	<p>Н е _____ о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
Оценка питания	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления</p> <p>В а ш е г о _____ р е б е н к а ?</p> <p>_____</p> <p>-----</p> <p>Грудное _____ вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____</p> <p>_____ Н е т _____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____</p> <p>Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_____ м л .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>_____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p>	

<p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Частые движения головой (возможные заболевания уха)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p>	<p>П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>

● Отказ от груди или другой пищи	
● Ребенок не вступает в контакт.	
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

●
Приглашен на прием к врачу в возрасте 12 месяцев

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 11 до 12 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикриз ный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
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? _____ ----- м л . 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел:	

<ul style="list-style-type: none"> ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт. 	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	

Заключение:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев
Медсестра:
Осмотр ребенка в возрасте 12 месяцев
врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____
 Вес _____ г. Рост _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка
 Кожа:
 Состояние периферических лимфоузлов
 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 _____

Тревожные признаки, требующие специализированной

помощи:

по слуху по зрению

Диагноз:

Оценка ухода в целях развития

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Проблемы ухода для развития

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Оценка психомоторного развития:

Д о =

Д р =

Р а =

Р п =

Н =

Э=

Не отстаёт

Отстаёт на -----

эпикризный срок

Оценка питания

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

 Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или

другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

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? _____

Оценка	здоровья	матери
1. Консультирование по планированию семьи		
Заключение:		

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.

Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.

Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач:

Медсестра:

Лист профилактического осмотра 1 год
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____	20__	Возраст: _____	Температура _____
Жалобы матери:			
Оцените признаки опасности:		Диагноз:	
<input type="checkbox"/> Может ли ребенок пить или сосать грудь?			
<input type="checkbox"/> Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?			
<input type="checkbox"/> Были ли судороги?			
<input type="checkbox"/> Летаргичен или без сознания?			
Оценка ухода в целях развития		Проблемы ухода для развития	
Как Вы играете с Вашим ребенком?			
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?			
Оценка психомоторного развития:		Не отстаёт	
Д о =		Отстает на _____ эпикризный срок	
Д р =			
Р а =			
Р п =			
Н =			
Э=			
Оценка питания			
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?			

Грудное вскармливание			
1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____			
Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз			
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____			
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____			
Если Да, _____ мл _____ раз в день			
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? ____			

2. Сколько перекусов за день? _____			

<p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ м л .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>																										
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В 1- 0</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС</td> <td>1+hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 2</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС</td> <td>2+ hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 3</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td>3+ hib</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>О П В - 3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>О П В - 0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	Гепатит В 1- 0	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	Гепатит В 2	ОПВ-1	АКДС	2+ hib	2	Гепатит В 3	ОПВ-2	АКДС	3+ hib	3	О П В - 3					О П В - 0					<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
Гепатит В 1- 0	БЦЖ	АКДС	1+hib	1																						
Гепатит В 2	ОПВ-1	АКДС	2+ hib	2																						
Гепатит В 3	ОПВ-2	АКДС	3+ hib	3																						
О П В - 3																										
О П В - 0																										
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>																									
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>																									
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого</p>																									

Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды	специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев
врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура ____
 Вес ____ г. Рост ____ см. ИМТ ____ Окружность головы ____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка
 Кожа:
 Состояние периферических лимфоузлов
 Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы
 Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____
 Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____
 Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;
 Органы пищеварения: живот _____ печень _____
 селезенка _____
 Мочеиспускание _____ Стул _____

Диагноз:

Оценка ухода в целях развития

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Проблемы ухода для развития

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Оценка психомоторного развития:

Д о =
 Д р =
 Р а =
 Р п =
 Н =
 Э =

Не отстаёт
 Отстаёт на _____ эпикризный срок

Оценка питания

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? ____

Сколько перекусов за день? _____

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

Какое количество пищи съедает за один прием? _____

мл.



<p>Какова густота пищи? Густая _____ Ежемесячный осмотр на приеме у врача _____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Нет аппетита, отказывается от еды</p>	<p>Проблемы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>

Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 6 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____	20__	Возраст: _____	Температура _____
Жалобы матери:			
Оцените признаки опасности:			

●
Может ли ребенок пить или сосать грудь?

●
Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

●
Были ли судороги?

●
Летаргичен или без сознания?

Оценка ухода в целях развития
Как Вы играете с Вашим ребенком?

Проблемы ухода для развития

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Оценка психомоторного развития:

Д о =

Д р =

Р а =

Р п =

Н =

Э=

Н е о т с т а е т
Отстает на _____ эпикризный срок

Оценка питания

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего
р е б е н к а ?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или
другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____

Если Да, _____мл _____ раз в день

7. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? __

8. Сколько перекусов за день? _____

9. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная__

10. Какое количество пищи съедает за один прием? _____

м л .

11. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

12. На прошлой неделе ребенок ел:

●
Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

●
Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

●
Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____
с к о л ь к о д н е й

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
Оценка ухода: <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям <ul style="list-style-type: none"> ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком <ul style="list-style-type: none"> ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение <ul style="list-style-type: none"> ● Не смотрит на движущие предметы <ul style="list-style-type: none"> ● Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц <ul style="list-style-type: none"> ● Нет аппетита, отказывается от еды	П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

-

Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка	Диагноз:	
Кожа:		
Состояние периферических лимфоузлов		
Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____		
Органы дыхания: _____		
Частота дыхания _____		
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____		
Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;		
Органы пищеварения: живот _____ печень _____		
_____ селезенка _____		
Мочеиспускание _____ Стул _____		

<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>● Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____ _____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл . Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ○ Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ _____ ○ Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ _____ ○ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

О П В - 3

О П В - 0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

	Дата _____
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	Проблемы ухода
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Нет аппетита, отказывается от пищи</p>	<p>Проблемы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
-
- Оптимальное питание матери.
-
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
-
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

•
Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

•
Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

•
Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

•
Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Жалобы матери:		
Оцените признаки опасности:		
• Может ли ребенок пить или сосать грудь?		
• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?		
• Были ли судороги?		
• Летаргичен или без сознания?		
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития	
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок	
Оценка питания		
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?		

<p>----- Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? ____ ----- Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная ____ Непитательная ____ - - - - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ - - - - - м л . Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ с к о л ь к о д н е й Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ - - - Дата _____</p>
<p>Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение <ul style="list-style-type: none"> ● Не смотрит на движущие предметы <ul style="list-style-type: none"> ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц <ul style="list-style-type: none"> ● Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__		Возраст: _____		Температура _____	
Вес _____ г.		Рост _____ см.		ИМТ _____	
		Окружность		головы _____ см	
Оцените физическое развитие, используя графики:					
Жалобы матери:					
Осмотр ребенка			Диагноз:		
Кожа:					
Состояние периферических лимфоузлов					
Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы					
Органы дыхания: _____					
Частота дыхания _____					
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____			Проблемы ухода для развития		
Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;					
Органы пищеварения: живот _____ печень _____					
_____ селезенка _____					
Мочеиспускание _____ Стул _____					
Оценка ухода в целях развития					
Как Вы играете с Вашим ребенком?			Не отстаёт Отстает на _____ эпикризный срок		
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?					
Оценка психомоторного развития:					
Д о =			Не отстаёт Отстает на _____ эпикризный срок		
Д р =					
Р а =					
Р п =					
Н =					
Э=			Оценки		
Оценка питания					
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?					

Грудное вскармливание			Оценки		
1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____					
Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз					
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____			Оценки		
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____					
Если Да, _____ мл _____ раз в день					
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____			Оценки		

<p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ м л .</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>7. Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>8. Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>10. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>																																				
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>1-</td> <td>0</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС</td> <td>1+hib</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>2</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС</td> <td>2+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>3</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td>3+</td> <td>hib</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>О П В</td> <td>-</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>О П В</td> <td>-</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	Гепатит В	1-	0	БЦЖ	АКДС	1+hib	1	Гепатит В	2	ОПВ-1	АКДС	2+	hib	2	Гепатит В	3	ОПВ-2	АКДС	3+	hib	3	О П В	-	3					О П В	-	0					<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
Гепатит В	1-	0	БЦЖ	АКДС	1+hib	1																														
Гепатит В	2	ОПВ-1	АКДС	2+	hib	2																														
Гепатит В	3	ОПВ-2	АКДС	3+	hib	3																														
О П В	-	3																																		
О П В	-	0																																		
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>																																			
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>																																			
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не смотрит на движущие предметы</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p>	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения</p>																																			

• Нет аппетита, отказывается от пищи	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
 - Оптимальное питание матери.
 - Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
 - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
 - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
 - Осмотр на приеме у врача в 24 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца
- Врач:
Медсестра:
Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет

Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Возраст: _____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

●

Может ли ребенок пить или сосать грудь?

●

Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

●

Были ли судороги?

●

Летаргичен или без сознания?

Да _____ нет _____

Оценка ухода в целях развития
Как Вы играете с Вашим ребенком?
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы ухода для развития

Оценка психомоторного развития:

Д о =

Д р =

Р а =

Р п =

Н =

Э =

Н е о т с т а е т
Отстает на _____ эпикризный срок

Оценка питания

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления
В а ш е г о р е б е н к а ?

Грудное вскармливание
1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____

●

Сколько основных приемов пищи в день? _____

●

Сколько перекусов за день? _____

●

Ценность перекусов: Питательная _____
Непитательная _____

●

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

●

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

●

На прошлой неделе ребенок ел:

●

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

<ul style="list-style-type: none"> ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ 	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ __ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) 	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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) 	<p>П р о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и</p>

● Плохой аппетит	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____	20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____ см.	ИМТ _____	Окружность головы _____ см
Оцените физическое развитие, используя графики:			

Жалобы матери:	
<p>О с м о т р _____ р е б е н к а</p> <p>К о ж а : _____</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов _____</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев _____</p> <p>к о н ь ю н к т и в ы _____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>_____</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>_____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>Диагноз:</p>
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о = _____</p> <p>Д р = _____</p> <p>Р а = _____</p> <p>Р п = _____</p> <p>Н = _____</p> <p>Э = _____</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>●</p> <p>Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>●</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>●</p> <p>Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>_____</p> <p>●</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>мл.</p> <p>●</p> <p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>●</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>●</p>	

<p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>●</p> <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>●</p> <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней</p> <p>●</p> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>●</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>О П В - 3</p> <p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <p>●</p> <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>●</p> <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>●</p> <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <p>●</p> <p>Не вступает в контакт</p> <p>●</p> <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <p>●</p> <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>●</p> <p>Плохой аппетит</p>	<p>Проблемы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>

Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие до 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Врач:

Лист профилактического осмотра в 2 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев

Дата осмотра __ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____
Жалобы матери:
Оцените признаки опасности:

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Может ли ребенок пить или сосать грудь?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</p>	Да _____ Нет _____
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Были ли судороги?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Летаргичен или без сознания?</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития</p> <p>Как Вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	Проблемы ухода для развития
<p>Оценка психомоторного развития:</p> <p>Д о =</p> <p>Д р =</p> <p>Р а =</p> <p>Р п =</p> <p>Н =</p> <p>Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>-----</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сколько основных приемов пищи в день? _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Сколько перекусов за день? _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____</p> <p>_ мл.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Не вступает в контакт</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Плохой аппетит</p>	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>З а к л ю ч е н и е :</p> <p>:</p>	

Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра	___ \ ___	20__	Возраст:	_____	Температура	_____
Вес	_____ г.	Рост	_____ см.	ИМТ	_____	Оцените физическое развитие, используя графики:
Жалобы матери:						
Осмотр ребенка						
Кожа:						
Состояние периферических лимфоузлов						
Слизистые ротовой полости Зев						
конъюнктивы						
Большой родничок _____						

Органы дыхания: _____						
----- Частота дыхания -----						
						Диагноз:

<p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ _____ селезенка _____ Мочейспускание _____ Стул _____</p>	
<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления В а ш е г о р е б е н к а ? _____</p>	
<p>Грудное _____ вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>● Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>● Сколько перекусов за день? _____</p> <p>● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл.</p> <p>● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>● На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>●</p>	

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3 О П В - 0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ __ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
Оценка ухода: <ul style="list-style-type: none"> ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема п и щ и и п и т ь я и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям <ul style="list-style-type: none"> ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком <ul style="list-style-type: none"> ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи <ul style="list-style-type: none"> ● Не вступает в контакт <ul style="list-style-type: none"> ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе <ul style="list-style-type: none"> ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) <ul style="list-style-type: none"> ● Плохой аппетит	П р о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев.

Врач:

Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет

Дата осмотра __ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	
• Может ли ребенок пить или сосать грудь?	
• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?	Да _____ Нет _____
• Были ли судороги?	
•	

Летаргичен или без сознания?	
Оценка ухода в целях развития	
Как Вы играете с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	
Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?	
----- Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
● Сколько основных приемов пищи в день? _____	
● Сколько перекусов за день? _____	
● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____	
● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _ мл.	
● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____	
● На прошлой неделе ребенок ел:	
● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____	
● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней _____	
● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней	
● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____	
● Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня	

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1	Визит для следующей прививки _____
Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2	_ _ _
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3	Дата _____
О П В - 3	
О П В - 0	
Корь + краснуха + паротит	
АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация	
Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Нет интереса к игре.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Часто падает.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Трудности с манипулированием мелкими предметами.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Проблемы с пониманием простых обращений.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Неспособность формулировать простые предложения.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или незначительный интерес к еде.</p>	Пр о б л е м ы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери	
1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола).

-

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача в 3 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 3 года.

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ___ \ _____ 20__	Возраст: _____	Температура _____
Вес _____ г.	Рост _____	с м. ИМТ _____
Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка		
Кожа:		
Состояние периферических лимфоузлов		
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 _____		

<p>Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>Проблемы ухода для развития</p>
<p>Оценка психомоторного развития: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=</p>	<p>Н е о т с т а е т Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>Оценка питания</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____</p>	
<p>----- Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ___ Нет ___</p>	
<p>● Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>● Сколько перекусов за день? _____</p> <p>● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____</p> <p>● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _ мл.</p> <p>● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>● На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>● Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <p>● Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <p>● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____</p> <p>● Даете ли Вы ребенку чай? Да ___ Нет ___</p> <p>● Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 О П В - 3</p>	

<p>О П В - 0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оценка ухода:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>Проблемы ухода</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Да Нет</p>
<p>Тревожные признаки, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Нет интереса к игре.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Часто падает.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Трудности с манипулированием мелкими предметами.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Проблемы с пониманием простых обращений.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Неспособность формулировать простые предложения.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Отсутствие или незначительный интерес к еде.</p>	<p>Пр о б л е м ы</p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>Оценка здоровья матери</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>Заключение:</p>	

Рекомендации:

-
- Оптимальное питание ребенка.
-
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
-
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

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

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 4 года.

Врач:

Лист профилактического осмотра 3 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 4 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 5 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 6 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 7 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 8 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 9 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 10 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 11 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 12 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 13 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 14 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Переводной эпикриз в подростковый кабинет

Записи по поводу болезни ребенка

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя _____ Возраст _____ Вес (кг) _____

Температура _____

Спросите: какие проблемы есть у ребенка _____

_____ Первичный визит? ___ Повторный визит? _____

Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте

Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте

Ищите: очень тяжелое заболевание или местную бактериальную инфекцию	
	Осмотрите, послушайте, ощутите: ● Сосчитайте число дыханий в минуту _____ — — Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____

<p>Спросите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Наблюдаются ли трудности при кормлении</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли у младенца судороги?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите выраженное втяжение грудной клетки</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Измерьте аксилярную температуру \ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите кожные гнойнички</p>	
<p>Ищите возможную желтуху:</p>	<p>Да ____ Нет ____</p>	
<p>Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p>	<p>Осмотрите и ощутите: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p>	
<p>Спросите: есть ли у младенца диарея?</p>	<p>Да. ____ Нет ____</p>	
<p>Если да, спросите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Как долго? __дней</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>Осмотрите и ощутите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ищите запавшие глаза</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Проверьте реакцию кожной складки. Складка _____ расправляется _____ Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар</p>		
<p>Проверьте: есть ли проблемы кормления или низкий вес</p>		
<p>Спросите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Ребенок кормится грудью? Да__ Нет__</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <p>Если да, сколько раз за 24 часа?__ —</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 	

<ul style="list-style-type: none"> ● Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____ Нет _____ ● Если да, как часто? _____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца? 	<p>Определите соответствие веса к возрасту: Низкий _____ Не низкий _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____ 	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ Г Р У Д Ь Ю :</p> <p>Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания: <ol style="list-style-type: none"> 1. Подбородок касается груди Да_Нет__ 2. Рот младенца широко открыт Да_Нет__ 3. Нижняя губа вывернута наружу Да_Нет__ 4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да__Нет__ <p>Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с п а у з а м и) ? <p>Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>Проверьте прививочный статус младенца:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____</p> <p>_ Н1В 1 _____ ОПВ 1 _____</p>		<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>-----</p> <p>Дата _____</p>
<p>Оцените другие проблемы:</p>		

Лечение:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит _____

Объясните, когда вернуться немедленно _____

Диагноз по МКБ _____

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)

• _____ № рецепта

• _____ № рецепта

• _____ № рецепта

• _____ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ______\20__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный_ повторный_ Жалобы:	Общие признаки опасности
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	: Да ___ Нет ___
Есть ли у ребенка <u>кашель</u> или <u>затрудненное</u> дыхание? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Есть ли у ребенка <u>температура</u> ? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца _____ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, <u>п о к р а с н е н и е</u> <u>г л а з</u> Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта (Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Есть ли у ребенка боли в <u>ухе</u> ? Да ___ Нет ___ Есть ли гнойные выделения из уха. Их длительность более 14 дней Есть болезненное припухание за ухом	
Есть ли у ребенка боли в <u>горле</u> ? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___ Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	

<p>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия Вес по графику: низкий__не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп_____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар): Кормится ли грудью да__нет__ Если да, то сколько раз за сутки____ Кормите ли ночью. Да__ Нет__ Получает ли другую пищу или жидкость Да__ Нет__ Если Да, то какую пищу и жидкости_____</p> <p>_____</p> <p>Сколько раз в день_____ Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да____ Нет____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да__ Нет__ Если да, то как _____</p>	Проблемы питания
<p>Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоочечная, папулезная, другая _____ локализация_____ Зудящая Не зудящая;</p> <p>Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где_____ Конъюнктив глаза: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____</p> <p>_____</p> <p>Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум_____ ЧСС _____</p> <p>П у л ь с а ц и я в е н ш е и .</p> <p>Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____</p> <p>Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.</p> <p>Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____</p> <p>Парезы, параличи _____</p> <p>Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____</p> <p>_____</p> <p>Дизурические явления: _____</p> <p>Другое _____</p>	

Лечение

Рекомендации по питанию:

Последующий визит _____

Объясните, когда вернуться немедленно _____

Диагноз по МКБ _____

Решение по ИВБДВ:

1. Срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)

_____ № рецепта
_____ № рецепта
_____ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Вкладной лист истории развития ребенка № _____

Паспорт ребенка с нарушением слуха

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

_____ Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

ИИН |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Место жительства: область _____

Район _____ город (село) _____

Улица _____ дом № _____ корп. _____ кв. _____

телефон домашний _____ телефон сотовый _____

Диагноз: _____

А н а м н е з

Перитонеальный анамнез

Беременность _____ Особенности протекания _____

Роды _____ в _____ недель. Особенности протекания родов _____

Наличие факторов риска по тугоухости: гестоз/токсикоз/угроза прерывания беременности/резус-конфликт матери и плода/перенесенные инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности _____/ототоксические препараты, применяемые матерью во время беременности и ребенком _____/анемия/сахарный диабет/тиреотоксикоз/асфиксия новорожденного/внутричерепная родовая травма/гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л)/гемолитическая болезнь новорожденного/масса тела при рождении менее 1500 граммов/низкий балл по шкале Апгар_____/гестационный возраст более 40 недель (переношенность)/реанимация и интенсивная терапия ребенка после рождения/возраст матери более 40 лет (поздние роды)

Проводился ли аудиологический неонатальный скрининг слуха:

в организации родовспоможения: да/нет, результат _____

в организации ПМСП: да/нет, результат _____

Слуховой анамнез

Нарушение слуха замечено до овладения речью/после овладения речью/в связи с задержкой развития речи в возрасте _____.

Когда и где впервые выставлен диагноз _____

Предполагаемая причина нарушения слуха: неизвестна/наследственная/приобретенная

Менингитом не болел/болел _____

Получал ли ототоксические препараты: нет/да, какие _____

в возрасте _____

при лечении _____

Есть ли родственники с нарушением слуха: нет/да _____

Болел ли отитом: нет/да _____

Имеет ли инвалидность по слуху: не имеет/имеет с возраста _____

Место обучения ребенка _____

Вид слухопротезирования

1. Слуховой аппарат (СА)

Протезированное ухо: левое / правое / бинаурально _____

Вид СА: аналоговый / цифровой _____

Вид ушного вкладыша _____

С какого возраста использует СА _____

2. Система кохлеарной имплантации

Название импланта _____ Вид электрода _____

Название речевого процессора _____

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

3. Система имплантации среднего уха

Название импланта _____ Название аудиопроцессора _____

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

Н а с т р о й к а

(слухового аппарата / речевого процессора системы кохлеарной имплантации / аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата настроечной сессии _____

Место проведения настройки _____

Ф.И.О. врача-сурдолога, контактный телефон _____

Средство слухопротезирования использует постоянно/иногда/только на занятиях _____

Эффективность: помогает/мало помогает/не помогает

Условия коррекционно-педагогической помощи

Наличие специальной помощи по месту жительства _____

Количество индивидуальных занятий в неделю _____

Частота, регулярность занятий дома _____

Особенности настройки

Оценка слухового восприятия	Оценка развития речи
1 – отсутствие реакции на звуки	0 – отсутствие речи
2 – наличие реакции на звуки	1 – лепет
3 – распознавание неречевых звуков	2 – использование нескольких простых слов
4 – распознавание звуков речи без считывания с губ	3 – односложные предложения
5 – распознавание отдельных слов	4 – предложения из 2-х слов
6 – ф р а з ы	5 – предложения из 3-х слов
7 – понимание речи без считывания с губ	6 – сложные предложения
8 – понимание разговора по телефону	7 – сложные предложения с простыми рассказами
	8 – полностью "беглая" речь

Рекомендации

1. Речевая среда

Постоянное ношение _____

2. Наблюдение за реакциями ребенка на разные звуки.

3. Регулярные (ежедневные) занятия ребенка дома с родителями.

4. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом, логопедом, психологом по месту жительства.

5. Развитие слуха и речи родителями в ситуациях бытового общения.

Настройка через _____

	с разной слоговой структурой	с разной слоговой структурой	
	с одинаковой слоговой структурой	с одинаковой слоговой структурой	
	отличающихся одним звуком	отличающихся одним звуком	

Различение предложений _____

Понимание обращенной речи _____

Понимание разговора по телефону _____

Рекомендации (нужное выделить, дополнить)

1. Развитие УДР на звук _____

2. Формирование понятия градации звука по громкости _____

3. Развитие внимания на окружающие звуки _____

4. Формирование навыков по:

дифференциации звуков (гласных, согласных в слогах, в словах) _____

различению слов с разной/одинаковой слоговой структурой _____

различению фраз _____

различению предложений _____

пониманию прочитанного текста _____

5. Развитие слухового внимания к тихим звукам _____

6. Формирование речевого самоконтроля _____

7. Работа над дыханием _____

8. Артикуляционная гимнастика _____

9. Работа над мимической мускулатурой _____

		получателя (при его наличии)								выдавшего справку
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 31
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 формат Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 129/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

2 0 _ _ _ _ ж ы л ү ш і н

Туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы

Ж у р н а л

регистрации

предоставления

справки из противотуберкулезного диспансера за 20__ год

№	Өтініш берген күні Дата обращения	Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, и м я , отчество получателя (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы / Пол	Туған жылы Дата рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс Орны Место работы	Анықтаманың № № справки	Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача, выдавшего справку
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы
Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета

№	Қабыл-дау күні/ Дата приема	Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жасы/ Возраст	Мекен-жайы / Домашний адрес	65 және одан асқан жаста (+ белгілеу) / 65 лет и старше (отметить +)	" Д " есебіндегі тұлғалар (+ белгілеу)/ Лица из группы " Д" учета (отметить +)	Цитология лық материал-ды алған күн /Дата забора цитологического материала	Цитологиялық материал-ды нәтижесі/ Результат цитологического материала	Қара Резултат
										дені сау/ здоров

Приложение 3 к приказу
и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

--	--

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278-2 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары /
Журналы учета пациентов по скринингам на уровне ПМСП

Маммографиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /
Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7

Маммография күні/ Дата маммографии	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (первая читка)	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (вторая читка)	Онкологке, маммологке жіберілген к ү н і / Дата направления к онкологу, маммологу	Емханалық Диагноз/ Клинический диагноз
8	9	10	11	12

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

-алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні№6 бағансыз)/ в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).



5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/ Графа 5 –
отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке
ықыластылығын талдау үшін қажет/ Графа 6 – может иметь несколько дат.
Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.

8, 9-бағандар – М1, М2 және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/Графы
8, 9 – выставляется результат в соответствии с шифровкой М1, М2 и т.д.

11-баған – маман (онколог, маммолог) қойған немесе маммография нәтижелеріне
сәйкес диагноз жазылады/ Графа 11 – отмечается диагноз, выставленный
специалистом (онкологом, маммологом) либо в соответствии с результатом
маммографии.

Цитологиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы/
Журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО(при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы , телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7
...						

Цитологияға жұғынды алынған күн/Дата взятия мазка на цитологию	Bethesda бойынша нәтиже/ Результат по Bethesda	Bethesda бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по Bethesda	Жұғынды қайтадан алынды, күні/ Мазок взят повторно, дата	Bethesda бойынша нәтиже, қайтадан/ Результат по Bethesda, повторно
8	9	10	11	12

Кольпоскопия өткізу күні/ Дата проведения кольпоскопии	CIN бойынша кольпоскопия нәтижесі /Результат кольпоскопии по CIN	CIN бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по CIN	Гинекологқа, онкологқа жіберілген күн/Дата направления к гинекологу, онкологу	Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
13	14	15	16	17

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз)/в смотровом кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 30, 35және с.с./Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 30, 35 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.

8, 11-бағандар – Bethesda жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графы 8, 11 – выставляется результат в соответствии с классификацией Bethesda

13-баған – CIN жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 13 – выставляется результат в соответствии с классификацией CIN

16-баған –маман (гинеколог, онколог) қойған немесе цитология (Bethesda бойынша) немесе гистология (CIN бойынша) нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 16 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гинекологом, онкологом) либо в соответствии с результатом цитологического (по Bethesda) или гистологического (по CIN) заключения.

Колоректалдық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы / Журнал учета пациентов, подлежащих колоректальному скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы , телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7
...						

Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	Гемокульт-тестілеу өткізілген күн/Дата проведения гемокульт-теста	Гемокульт-тестілеудің нәтижесі/Результат гемокульт-теста	КС туралы ақпараттандыру күні/Дата информирования о КС	КС жіберілген күні /Дата направления на КС
8	9	10	11	12

КС өткізілген күн/Дата проведения КС	КС нәтижесін алған күн/Дата получения результата КС	К С нәтижесі/Результат КС	Маманға жіберілген күн/Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
			гастро-энтерологке, коло-проктологке/гастро-энтерологу, коло-проктологу	Онкологке /онкологу	
13	14	15	16	17	18

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен /участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз/ в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

•
5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

•
6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг.

•
7-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні/Графа 7 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга.

•
9-баған – тестінің нәтижесі көрсетіледі: "оң" немесе "теріс"/Графа 9 – указывается результат теста: "положительный" или "отрицательный".

- 10-баған – оңтайлы гемокульт-тест алған жағдайда пациентпен колоноскопия өту туралы, ішекті дайындау тәртібі, салдары туралы әңгімелесу күні көрсетіледі/ Графа 10 – указывается дата беседы с пациентом при получении положительного гемокульт-теста о необходимости прохождения колоноскопии, правилах подготовки кишечника, возможных последствиях.

- 11-баған–колоноскопия кабинетіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопиялық кабинеттің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес колоноскопияға қойылады/Графа 11 - указывается дата постановки на очередь в кабинет колоноскопии. Дата сообщается лаборантом эндоскопического кабинета по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на колоноскопию.

- 14-баған – CS 1, CS 2 және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 14 – выставляется результат в соответствии с шифровкой CS 1, CS 2 и т.д.

- 17-баған – маман (гастроэнтеролог, колопроктолог, онколог) қойған немесе колоноскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады /Графа 17 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, колопроктологом, онкологом), либо в соответствии с результатом колоноскопии.

Қылтамақ және асқазан қылтамағы скринингісінен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /

Журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода и рака желудка

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН/ ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа
1	2	3	4	5	6
...					

Скринингке шақырылған күн/Даты приглашения на скрининг	Скринингтен өткен күн /	ЭГДС кезекке қойылған күн/ Дата постановки на очередь на ЭГДС	ЭГДС өткізілген күн/Дата проведения ЭГДС	ЭГДС нәтижесін алған күн / Дата

		Дата прохождения скрининга			получения результата ЭГДС
7		8	9	10	11

ЭГДС нәтижесі/ Результат ЭГДС						Маманға жіберілген күн / Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз	
А	Б	В	Г	Д	Е	гастроэнте-рологке/ гастроэнте-рологу		Онкологке/ онкологу	
12	13	14	15	16	17	18		19	20

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және элеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №7 бағансыз)/в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 7 – Дата приглашения на скрининг).

- 6-баған –скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с./Графа 6 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

- 7-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет. Осы жерде және әрі қарай барлық күндер жылын көрсетпей 27.05. (чч.мм.) форматта толтырылады, өйткені журнал жыл сайын жаңарып отырады/Графа 7 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг. Здесь и далее все даты заполняются в формате 27.05 (чч.мм) без указания года, так как журнал ежегодно обновляется.

- 8-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні (025-08/У нысаны толтырылған, ЭГДС жүргізуге келісім алынды, эндоскопиялық зерттеуге жолдама берілді)/Графа 8 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю

прохождения скрининга (заполнена форма 025-08/У, получено согласие на проведение ЭГДС, дано направление на эндоскопическое исследование).

- 9-баған – эндоскопия бөлімшесіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопия бөлімшесінің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес ЭГДС қойылады/ Графа 9 – указывается дата постановки на очередь в отделение эндоскопии. Дата сообщается лаборантом отделения эндоскопии по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на ЭГДС.

- 12-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу көлемі көрсетіледі /Графа 12 – указывается объем проведенной ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 13-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес өңеш пен асқазанның таза болу дәрежесі көрсетіледі/Графа 13 – указывается степень чистоты пищевода и желудка в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 14-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу кезіндегі асқынулар көрсетіледі/Графа 14 – указываются осложнения при проведении ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 15-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізу көрсетіледі/Графа 15 – указывается проведение биопсии в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 16-баған – ES1, ES 2, GS1, GS2 және с.с. шифрлеуге сәйкес ЭГДС нәтижелері қойылады/Графа 16 – выставляется результат ЭГДС в соответствии с шифровкой ES1, ES 2, GS1, GS2 и т.д.

17-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізілген жағдайда гистологиялық зерттеу нәтижелері көрсетіледі/Графа 17 – указывается результат гистологического исследования в случае проведения биопсии в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

20-баған – маман (гастроэнтеролог, онколог) қойған немесе эндоскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 20 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, онкологом), либо в соответствии с результатом эндоскопии.

Қуықалды безі қылтамағының скринингісінен өтуі тиіс ПСА пациенттердің қан үлгілерін есепке алу журналы/

Журнал регистрации образцов крови на ПСА пациентов, подлежащих скринингу рака предстательной железы

АМСК ЖН/ И Н ПМСП	Пациенттің РН/ПН пациента	Қан алған күн/ Дата взятия крови	Пациенттің ТАӨ (болған жағдайда) / ФИО(/ при его наличии) пациента	ЖСН ИИН	Жасы/ Возраст	Тұратын жерінің мекенжайы/ Адрес места жительства	Үлгілерді ИХТ зертханаға жіберу күні /Дата отправки образцов в лабораторию ИХА
1	2	3	4	5	6	7	

Зерттеу нәтижесі/Результат исследования					Нәтижені алған күн/Дата получения результата	Урологқа/ онкоурологқа жіберілген күн/Дата направления к урологу/ онкоурологу
Жалпы ПСА/ Общий ПСА	Бос ПСА/ Свободный ПСА	[- 2] проПСА/ [- 2] проПСА	РНІ	Талдауды қайталау қажет етіледі/ Требуется повторить анализ		
8	9	10	11	12	13	14

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/ Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің каналу кабинетінің /зертхананың/ дәрігерге дейінгі кабинеттің емдеу медбикесімен/процедурной медсестрой в кабинете забора крови / лаборатории / доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи;

- алдыналу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике.

- 1-баған – АМСК ұйымының жеке нөмірі көрсетіледі, Денсаулық сақтау басқармасымен беріледі/Графа 1 – указывается идентификационный номер организации ПМСП, присваивается Управлением здравоохранения.

- 2-баған – қан алу кезінде алмаспайтын нөмірлеуге сәйкес берілетін, пациенттің реттік нөмірі көрсетіледі/Графа 2 – указывается порядковый номер пациента, который присваивается согласно сквозной нумерации во время забора крови.

- 5-баған – пациенттің жастық тобы көрсетіледі (50, 54, 58 және с.с.)/Графа 5 – указывается возрастная группа пациента (50, 54, 58 и т.д. лет).

- 8-баған – ПСА толық (жалпы, бос және[-2] проПСА) зерттеуді алған жағдайда ұсынылған екеудің ішінен жалпы ПСА бірінші көрсеткіші көрсетіледі/Графа 8 – в случае получения развернутого исследования ПСА (общий, свободный и [-2] проПСА) указывается первый показатель общего ПСА из представленных двух.

- 12-баған – ақау табылған жағдайда биоматериалды қайтарған жағдайда толтырылады/Графа 12 – заполняется в случае возврата биоматериала вследствие выявленного дефекта.

- 13-баған – нәтижені алған күн немесе биоматериалды қайтарған күн көрсетіледі/Графа 13 – указывается дата получения результата или дата возврата биоматериала.

- 14-баған – пациентті урологқа/онкоурологқа терең зерттеуге жіберген жағдайда толтырылады/Графа 14 – заполняется в случае направления пациента на углубленное обследование к урологу/онкоурологу.

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы + ЭАОЖ коды Наименование организации + Код КАТО	Медицинская документация Форма № 110-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы
Карта вызова бригады санитарной авиации

Аймақтық өтініштің келіп түсу уақыты мен күні/Дата и время поступления заявки в регион	РСАО өтініштің келіп түсу уақыты мен күні/Дата и время поступления заявки в РЦСА	Өтініштің авиа компанияға тапсырылу уақыты мен күні/Дата и время передачи заявки в авиа компанию	Ұшудың белгіленген уақыты мен күні/Дата и время назначенного вылета	Ұшудың нақты уақыты мен күні/Дата и время фактического вылета	Елді мекенге ұшып келі уақыты мен күні/Дата и время прилета в населенный пункт	Стационарға келу уақыты мен күні/Дата и время прибытия в стационар	Стационардан шығу уақыты мен күні/Дата и время выезда из стационара	Ел д меке ұшып уақы күні/ врем выле насел пункт

Штрих код _____

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О.пациента (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения): Жасы (Возраст): Жынысы Ә/Е(керекті астын сызы
П о л : М / Ж (н у ж н о е п о д ч е р к
ЖСН (ИИН) _____

Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства)

Диагнозы (Диагноз): 10-АХЖ коды (код МКБ-10)

Зақымдану жағдайы (Обстоятельства травмы)

Дәрігер (Врач) Фельдшер(Фельдшер)

Стационарда қарау кезіндегі шағымдар (Жалобы при осмотре в стационаре):

Объективті мәліметтер (Объективные данные): _____

Глазго шкаласыбойынша сана деңгейі (Уровень сознания по шкале Глазго): _____

Status localis:

Шағымы / Жалобы: _____

Осы аурудың анамнезі / Анамнез настоящего заболевания: _____

Өмір сыртартқысы / Анамнез жизни: _____

<p>Жалпы жағдайы Общее состояние</p> <p>1 Канағаттанарлық (удовлетворительное) орташа (средней тяжести) нашар (тяжелое) 2 агониялық (агональное) 3 биологиялық өлім (биологическая смерть)</p>	<p>3 Сарғыш (желтушные) көгіс (көк ала) (цианоз (acroцианоз)) 4 кызғылт (гиперемия) 5 құрғақ (сухие) 6 дымқыл (влажные) таза (чистые) бөртпе (сыпь) гипостаза</p>	<p>5 Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное қатқыл жесткое әлсізденген О С 6 ослаблено П Л бронхореялық бронхорея</p>	<p>Перкуторлық дыбыс: Анық өкпелік Тұйықталған (немесе тұйық) Тимпанит дабылды Қорпты Перкуторный звук: Ясный легочный Притупленная (или тупой) Тимпанический Коробочный</p> <p>2 Сіңір рефлекстері: қалыпты екі жақты төмендеген О С Ж Т жоғарылаған О С Ж Т жоқ Сухожильн.рефлексы : нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует</p>	<p>жағындымен обложен налетом</p> <p>Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады, керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә, жоқ) Живот: мягкий безболезн, болезн., напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет)</p>	<p>2</p>
<p>Сана сы Сознание</p> <p>1 Айқын (ясное) 2 айқын емес 1,2 (оглушенность 1, 2) 3 сопор</p>	<p>Жүрек - қан тамыр жүйесі Сер.-сосудист. система</p> <p>1 Жүрек дыбысы (Тоны сердца): айқын (ясные), тұншыққан (приглушенные), тұнық (глухие) 2 Шуылы: жоқ, Шумы: нет</p>	<p>3 Сырылы: жоқ Хрипы: нет Құрғақ сухие Ылғалды влажные</p> <p>4 Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная</p>	<p>7 Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет қуаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Двигательн. сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н</p> <p>Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т</p>	<p>Симптомдары:</p> <p>Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - 3 Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл. + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -</p>	<p>1 2 3</p>

кома 1,2,3 4 ессіз (отсутствует)	систолическ, диастолическ.,		8 Болевая чувствительн. снижен П Л В Н	Бауыры : қалыпты ___см-ге ұлғайған қатты ауырсынады Печень: в норме увеличена, см плотная болезненна	Көк б. калып - ты см-ге ұлғайған қатты ауырсынады Селезенка в норме увеличена см плотная болезненна	Т/
Көңіл күйі Поведение		1 Патологиясыз Без патологии	9 Афазия: моторлы сенсорлы, тоталды Афазия: моторная, сенсорная, тотальная			
	Тамыр соғуы: Пульс Қанағаттанарлық Удов. качеств. Ырғақты ритмичный Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Жоқ отсутствует	2 Менингеальн. симпт. Ригидность п. п. Кернига (+) Брудзинский (+)	10 Бабинский симпт. О С Оппенгейм симпт. О С перифериялық нервтердің тартылу симптомы с. Бабинского П Л с. Оппенгейма П Л с . периф. нервов	4		Пу
Сабырлы (спокоен) 1 қозған (возбужден) 2 әлсіз (вял), тежелген (заторможен)		3 Менингеальн. симпт. Ригидность п. п. Кернига (+) Брудзинский (+)		Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система	Несеп жүруі: қалыпты дизурия _____ Мочеотделение: Нормальное Дизурия	Ж Ц
Көз қарашығы Зрачки			Аңқасы : Зев:			А о с А пр
	Тыныс алу жүйесі Дыхательная система	3 Көз ұясы: Парез қыли О С көлденең , тік Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм гориз. , верт.		ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)		О са Са ки
Қалыпты (нормальное) миоз-мидриаз жарыққа әсері: (реакция на свет) жанды (живая) әлсіз (ослабленная) 1 жок (отсутствует)	Көкірек керілуінің күйі : Экскурсия груд. кл: қалыпты; нормаль. төмендеген О С снижена П. Л. дем алуы ауытқулы; патолог.	ЧМН: птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық ;	1 Қалыпты спокойный Қызарған гиперемия Ісіңкі отечность Таңдай: ұлғайған., іркілдеп тұр., іріңдеп тұр			Қа

2) 3 анизокория 4 DS	дыхание ж о қ 1 отсутствует	жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О С 4 төменгі еріннің салбырауы ЧМН: птоз П Л Носогубн. скл. сглаж. нарушения глотания отклон. языка П Л опущение угла рта	2 Миндалины:увелич, 3 рыхлые,пробки 4 бездері	МЕ К С
Тері қабаты Кожные покровы			Ас қорыту жүйесі: Пищеварительная сист:	
1 физиолог. Түсті 2 бозғылт бледные 2 бозғылт	2 Тынысын тыңдау: Дыхание аускульт.:		1 Тілі: таза, ылғалды-құрғақ Язык: чистый, влажный-сухой	

№ 110 - 2 / е н . а р т қ ы б е т і

Медициналық қызметтер (Медицинские услуги) (Оборотная
сторона ф. № 110-2/у)

телемедицина өткізілген/өткізілмеген (телемедицина проведена/не проведена)

:

өткізілген мекеме (проведена с какой организацией):

өткізген мамандар (с какими специалистами):

телемедицина қорытындысы (заключение телемедицины):

Консультация (түзету емдеу), пациентке операция жасау (Консультация (коррекция лечения), операция пациента)	Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)						Қандағы қант (Сахар крови)	Қосымша тексеру (Дополнительные обследования)
	ТҚЖ (ЧДД)	T	PS	ЖСЖ (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация		
Дейін (До)								
Кейін (После)								
Қорытынды: кенес берілді, операция жасалды, орнында қалдырылды, тасымалданды (астын сызу). (Результат: консультирован, оперирован, оставлен на месте, транспортирован) (подчеркнуть)								
Дәрігер-кеңесшінің диагнозы (Диагноз врача-консультанта):							Ұсынымдар Рекомендации	
Ж е д е л медициналық көлігіндегі шағымдары (Жалобы в машине скорой медицинской помощи):								

Тасымалдау кезінде пациентті динамикалық бақылау (Динамическое наблюдение пациента при транспортировке):	Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)						Ұшу кезіндегі шағымдары (Жалобы во время полета)
	ТҚЖ (ЧДД)	Т	PS	Ж С (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация	Қандағы қант (Сахар крови)
	Бір сағат (один час)						
	Екі сағат (два часа)						
	Үш сағат (три часа)						
Төрт сағат (четыре часа)							
Уақыты (Время)	Медициналық мәндегі бұйымдар және мөлшері (Медицинские средства и дозы)						
Бір сағат (один час)							
Екі сағат (два часа)							
Үш сағат (три часа)							
Төрт сағат (четыре часа)							
Тасымалдау әдісі (Метод транспортировки):	Жеңіл арбада (на коляске)		Зембілмен (на носилках)			Қолмен (на руках)	

Медицинское оборудование

Пациент тасымалдауды сезінді: жақсы, қанағаттанарлық, нашар, қайтыс болды (астын сызу) (Транспортировку пациент перенес): (хорошо, удовлетворительно, с ухудшением, умер) (подчеркнуть)

Күні (Дата) _____ Уақыты (время) _____ науқасты медициналық ұйымның(МҰ) қабылдау бөліміне немесе жедел жәрдем

бригадасына табыстады(передачи больного в приемный покой медицинской организации (МО) или бригаде скорой медицинской помощи).

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. _____ Код _____ Қолы (подпись)

(Ф.И.О. врача, доставившего пациента):

МҰ немесе жедел медициналық көмекбригадасының қабылдаған дәрігердің Т.А.Ә. _____ Қолы (подпись)

(Ф.И.О. врача, принимающей МО или бригады скорой медицинской помощи)

:

Пациент тасымалданды (Пациент транспортирован в) _____

Медициналық ұйымның атауы (Наименование)

--	--

Приложение 4 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 Приложение 35 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2017 года № 92	Приложение 4 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 Приложение 35 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2017 года № 92
---	---

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____	А5 Форма
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 114/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақ Республ Денса сақта минис Минис здраво
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 114/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Респу Казахс Ұйым Наиме органи

Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) Ілеспе парағы /Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни) № _____ Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ _____	Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі) Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) № _____ Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) Туған күні (Дата рождения) _____ _____ Дәрігер (Врач) _____
Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)	

_____	_____
Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен) _____	Туған күні (Дата рождения) _____
_____ медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите название медицинской организации)	Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место жительства пациента) _____
Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) _____	_____
_____	Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз направившего стационара) _____
_____	_____
Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (Состояние пациента на момент доставки в стационар): _____	Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства травмы) _____
_____	_____
АҚ (АД) _____, ЖСЖ (ЧСС) _____, ТҚЖ (ЧДД) _____, PS _____, Т _____, Сатурация _____	Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) _____
_____	Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен) _____
_____	_____
Жеткізілді (Доставлен в) " ____ " сағ. (час), " ____ " мин. _____ 20 _____ жылғы (года)	медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите название медицинской организации)
Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, доставившего пациента) _____	Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) _____
_____	_____
тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво) _____	Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (Состояние пациента на момент доставки в стационар): _____
САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____	_____
Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____	_____
_____	_____
_____	АҚ (АД) _____, ЖСЖ (ЧСС) _____, ТҚЖ (ЧДД) _____, PS _____, Т _____, Сатурация _____
Операция 20 _____ жылғы (года) " ____ " _____ сағ. (час).	_____
_____	_____
Аурудың арты (Исход заболевания): шығарылды (выписан), с улучшением, без улучшения, с увечьем, _____ (переведен в другой стационар) қайтыс болу (смерть), (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	Жеткізілді (Доставлен в) " ____ " сағ. (час), " ____ " мин. _____ 20 _____ жылғы (года)
_____	Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, доставившего пациента) _____
Шыққан (қайтыс болу) күні (Дата выписки) (смерти)) _____	_____
_____	тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво)
Емдеген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. лечащего врача) _____	САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____
_____	_____
Емдеу ұйымының ескертулері (санитариялық авиация бригадасының қызмет көрсету кемшіліктерін көрсетіңіз)	_____
Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания бригады санитарной авиации): _____	_____
_____	_____
_____	_____

Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша Код организации по БИН _____	ұйым	коды	-----
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118-1/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 118-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907			
Д е р е у (да/нет)	(и э / ж о к) / С р о ч н о			

№ ____ Оралымды мәлімдеме/

Оперативная заявка № _____

20 ____ ж. " ____ " _____

на " ____ " _____ 20 ____ г.

Тапсырыс беруші (Заказчик): _____

_____ (ұйымның, министрліктің, ведомство атауы)

(наименование организации, министерства, ведомства)

Пайдаланушы (Эксплуатант): _____

_____ (авиакомпания атауы)

(наименование авиакомпании)

Ұшу мақсаты (Цель полета) _____

_____ (транспорттау, операция жасау, кеңес беру, донорлық органдарды тасымалдау)

_____ (транспортировка, операция, консультация, транспортировка донорских органов)

Әуе кемесінің түрі (Тип воздушного судна) _____

Ұшып кету уақыты (Время вылета) _____

(дата, время вылета (время Астаны))

(күні, ұшып кету уақыты (Астана уақытымен))

Әуе кемесінің маршруты және жүк темесі бойынша ұшу кезеңдері

(Маршрут и загрузка воздушного судна по этапам полета):

Жөнелту әуежайы Аэропорт отправления	Келу әуежайы Аэропорт прибытия	Жүктеу (Загрузка)			Тасымалдау тәсілі (отырыпкелу, жатып келу, колда, кувездің ішінде) Спосіб транспортировки (сидя; лежа; на руках; в кувезе)
		С А О М Б кызметкерлерінің саны Количество сотрудников МБСА	Пациенттердің с а н ы Количество пациентов	Алып жүрушілер саны Количество сопровождающих	

Жедел өтінімді алу/бас тарту туралы ақпарат

(Информация по получению/отказа оперативной заявки эксплуатантом):

Жедел өтінімді алған күні мен уақыты Дата и время получения оперативной заявки	Жедел өтінім орындауға қабылданды Оперативная заявка принята на исполнение	Жедел өтінім орындауға қабылданбады. Бас тарту себебі Оперативная заявка не принята на исполнение. Причина отказа:

Ауысымның аға дәрігері (Старший врач смены):	"Пайдаланушы" Представитель	өкілі "Эксплуатанта":
(колы, Т.А.Ә.) (подпись, Ф.И.О.)	(колы, Т.А.Ә., (подпись, Ф.И.О.,	лауазымы) должность)
М . О . (болған жағдайда)	М . О . (болған жағдайда)	
М . П . (при наличии)	М . П . (при наличии)	

Тапсырыс берушінің жедел өтінімді жою бойынша ақпарат

(Информация по отмене оперативной заявки заказчиком):

ЖӨ жою уақыты Время отмены ОЗ	ЖӨ жою себебі Причина отмены ОЗ	Дополнительная информация по отмене ОЗ ЖӨ жою туралы қосымша ақпарат	Ауысымның аға дәрігерінің қолы, Т.А.Ә. Подпись, Ф.И.О. старшего врача смены

здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907
 Приложение 37
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 24 марта 2017 года № 92

A5 форматы Формат A5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелеріне зерттеуге

№ _____ тізімдік жолдама

Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Ұйымның атауы _____

(Наименование организации)

Бөлімше _____

(Отделение)

Р/Р № (п/п №)	МҰ тіркеу № (п/п № MO)	Алынған күні (Дата забора)	Зертхананың тіркеу № (Регистрационный № лаборатории)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	ЖСН ИИН	Гражданство	ЭАОЖ коды (Код КАТО)	Код ()

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі, қолы (толық) (Должность, фамилия, подпись лица (разборчиво), направившего материал)

Жіберген ұйымның мөрі

(Место печати направившего учреждения) _____

Тексеріс қорытындысы (Результаты исследований) _____

Қорытындыны берген дәрігердің қолы, жылы, айы, күні

Дата, подпись врача выдавшего результат _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № _____ жолдамасына қосымша парақ Вкладной лист к направлению № _____ посписочному на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға арналған ПТР жолдама

Направление на ПЦР для детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей

АИТВ ДНК вирустықанықтама (определение провирусной ДНК ВИЧ)

Тегі: _____

Фамилия

Аты: _____

Имя:

Әкесінің аты (болған жағдайда): _____

Отчество (при его наличии)

Жынысы: _____ Туған күні: _____

Пол

Дата рождения

ЭАОЖ коды: _____ ЖСН/ИИН _____

Код КАТО:

Мекен жайы: _____

Место жительства:

Тексеру кезіндегі диагнозы: _____

Диагноз на момент обследования:

Анасының Т.А.Ә., туған жылы: _____

Ф.И.О. матери, год рождения

Анасының иммуноблотының №: _____

№ иммуноблота матери

Материалды жіберген мекеменің атауы, мекен жайы: _____

Адрес и наименование учреждения, направившего материал

Материалды алған күні мен уақыты : _____

Дата и время забора материала

ЖИТС РО-на жіберілген күні мен уақыты

Дата и время отправки в РЦ СПИД: _____

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Должность, Ф.И.О.(при его наличии)

направившего материал _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге

№ _____ жолдамасына қосымша парақ

Вкладной лист к направлению № _____ посписочному

на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

А И Т В - ға вирусстық жүктеме

ж о л д а м а с ы

Н а п р а в л е н и е

на вирусную нагрузку на ВИЧ

Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О(при его наличии)): _____

Туған күні (Дата рождения): _____

Жынысы (Пол): _____

Тексерукезіндегі диагнозы (Диагноз на момент обследования): _____

109 кодқа жүктілік мерзімі (Срок беременности для кода 109): _____ апта/
нед.

Иммуноблот нөмірі (Номер иммуноблота): _____

Берліген күні (Дата выдачи) ИБ __. __. ____ ж.

Вирусқа қарсы терапияның басталған күні (Дата начала противовирусной
терапии):

АРТ-ты тоқтату мерзімі (Дата прерывания АРТ): _____

Тоқтатылғаннан кейінгі АРТ-ны жаңарту мерзімі (Дата возобновления АРТ
п о с л е п р е р ы в а н и я) : _____

АИТВ-ға вирустық жүктемені тексерудің алдыңғы нәтижесі мен оның мерзімі
(Дата и результат предыдущего обследования на вирусную нагрузку на ВИЧ):

СД4-ке соңғы тексеру мерзімі мен нәтижесі (Дата и результат последнего
обследования на СД4): __

АРТ-ға бейімделудеңгейінің соңғы бағасы (жыл, тоқсан, бейімделуі (%),
төмен бейімделіктің себебі):

Последняя оценка уровня приверженности АРТ (год, квартал, приверженность (%)),
причина
низкой приверженности): _____

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование
организации,
направившей материал): _____

Материалды алу мерзімі мен уақыты (Дата и время забора материала): _____

Плазманы тоңазыту мерзімі мен уақыты (Дата и время замораживания плазмы): _____

ЖИТС РО-на жіберілген күні мен уақыты (Дата и время отправки в РЦ СПИД): _____

Материалды жолдағандерігердің тегі (Фамилия врача, направившего материал): _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге №
жолдамасына _____ қосымша _____ парақ
Вкладной лист к направлению № _____ по списочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Қан үлгілерін ифт әдісімен аитв антиденелерін зерттеуге

№ _____ жеке жолдамасы

Направление индивидуальное № _____

на исследование образцов крови методом ифа на антитела к вич

Тексеруге жіберген ұйымның және бөлімшенің атауы _____

(Название организации и отделение направляющего на исследование)

Т.А.Ә.(болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии))

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

Азаматтығы(Гражданство) _____

Жынысы(Пол) _____

Тұлғаны растайтын құжаттың атау мен нөмірі _____

(Наименование, номер документа, удостоверяющего личность)

.....

Жұмыс орны және лауазымы _____

(Место работы, должность)

Код _____

Диагнозы (Диагноз) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Қанды алған күн (Дата забора крови) _____

Зертханаға қанның түскен күні (Дата поступления крови в лабораторию) _____

Материалды лабораторияға жіберген күні _____

(Дата отправки материала в лабораторию)

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы _____

(Должность, фамилия(разборчиво), подпись лица, направившего материал)

Тексеріс қорытындысы (Результат исследования) _____

Қорытынды берілген күн, дәрігердің қолы _____

Дата, подпись врача, выдавшего результат

Мен, _____

м е н і ң

персоналдык деректерімді электрондық ақпараттық ресурстарға енгізуге және

т е с т і л е у г е

және консультация жасауға келісемін ("Халық денсаулығы және денсаулық

с а қ т а у

ж ү й е с і

туралы" Қазақстан Республикасының 18.09.2009ж. №193-4 Кодексінің 28-бабы).

Я, _____

с о г л а с е н (н а)

н а

консультирование и тестирование, и внесение моих персональных данных в

э л е к т р о н н ы е

информационные ресурсы (ст. 28 Кодекса РК О здоровье народа и системе

з д р а в о о х р а н е н и я

от 18.09.2009 N 193-4).

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге №

ж о л д а м а с ы н а

қ о с ы м ш а

п а р а к

Вкладной лист к направлению № _____ посписочному

на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға резистенттілігіне жолдама

Направление на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Күні, ИБ № (Дата, № ИБ) _____

Вирустарға қарсы препараттардың үзілісі мен ауыстыруды көрсете отырып

АРТ басталу күні (Дата начала АРТ, с указанием перерывов и смены

противовирусных препаратов) _____

АРВ перпараттары (АРВ препараты) _____

Емделуді сақтауы (Приверженность) _____

Зертханалық зерттеулердің соңғы нәтижелері (Результаты последних лабораторных исследований):

СД4, күні (дата) _____

ВН, күні (дата) _____

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование организации, направившей материал): _____

Жіберілген күні (Дата отправки): _____

Материалды жолдаған адамның Т.А.Ә., лауазымы (Должность, Ф.И.О., направившего материал) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № _____ жолдамасына _____ қосымша _____ парақ Вкладной лист к направлению № _____ посписочному на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі
Результат исследования резистентности ВИЧ

к антиретровирусным препаратам

Тіркеу (Регистрационный) № _____

Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О.)(при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

Иммуноблоттын № (№ иммуноблота) _____

Материалды жіберген ұйымның атауы :
(наименование организации, направившей материал)

ЖИТС РО зертханасына материалдың келіп түскен айы, күні _____

(Дата поступления материала в лабораторию РЦ СПИД)

АРВ (АРВ препараты)	препараттары	Зерттеулер (Результат исследования)	нәтижесі
КТНИ (НИОТ)			
лимивудин (ЗТС)			
абакавир (АВС)			
зидовудин (АЗТ)			
ставудин (D4T)			
диданозин (DDI)			
эмтрицитабин (FTC)			
тенофовир (TDF)			
КТЕНИ (ННИОТ)			
делавердин (DLV)			
рилпивирин (RPV)			
эфавиренз (EFV)			
этравирин(ETR)			
невирапин (NVP)			
Протеаза ингибиторлары-ПИ (Ингибиторы протеазы - ИП)			
атазанавир/г (ATV/г)			
дарунавир/г (DRV/г)			
фосампренавир/г (FPV/г)			
индинавир/г (IDV/г)			
лопинавир/г (LPV/г)			
нелфинавир (NFV)			
саквинавир/г (SQV/г)			
типранавир/г (TPV/г)			
Интегразаингибиторлары (ИИН) (Ингибиторы интегразы (ИИН))			
Ралтегравир			
элвитегравир (EVG)			
долутегравир(DTG)			
Қосылу ингибиторлары (Ингибиторы слияния)			
энфувиртид			

АИТВ-ның субтипі (Субтип ВИЧ)

КТНИ (Мутации резистентности к НИОТ)	- қа	төзімділігінің	мутациясы
КТЕНИ (Мутации резистентности к ННИОТ)	- қа	төзімділігінің	мутациясы
ПИ - қа (Мутации резистентности к ИП)		төзімділігінің	мутациясы
ИИН - ге (Мутации резистентности к ИИН)		төзімділігінің	мутациясы

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Нәтиженің берліген күні (Дата выдачи результата) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге №
ж о л д а м а с ы н а _____ қ о с ы м ш а _____ п а р а к
Вкладной лист к направлению № _____ посписочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге
жолдама

№ _____

Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ – в референс
лабораторию

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған
жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Жынысы (Пол) _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Азаматтығы (
Гражданство) _____

ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Тұрғылықты мекен жайы (Место жительства: ауыл, қала/город, село) _____

Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) _____

Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение) _____

Контингент коды (Код контингента) _____

Жіберуші-зертханада алынған ИФА қорытындысы

Результаты ИФА, полученные в лаборатории-отправителя

Сарысудың № сыворотки (S2)	Қойылған күні Дата постановки	Тест-жүйелердің атауы Наименование тест-системы	Жарам-дылық мерзімі/Серия № Срок годности /№ серии	Қ и ы н жағдайдағы О Т О П - критическая	ОТ-сарысуы ОП-сыворотки
S2					

Сарысуды жіберген ұйымның мекенжайы, атауы (Адрес и наименование организации, направившей сыворотку) _____

(ұйымның тел.) (тел.организ.) телетайп, телеграф, электрондық пошта мекенжайы (адрес электронной почты)

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица, направившего материал) _____

Ескертпе: "контингенткоды" бағанына тексерілуші жататын тізімдегі барлық кодтар кіреді. 113, 117 және 2 кодтары үшін толық диагнозы жазылады (Примечание: в графу "код контингента" заносятся все коды из списка, к которым относится обследуемый. Для кодов 113,117 и 2 развернутый диагноз)

ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес республикалық орталығының зертханасына жіберіледі; мекенжайы 480008. Алматы қаласы, Әуезов көшесі, 84

Представляется в лабораторию Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД по адресу:480008 г. Алматы. ул. Ауэзова, 84.

Приложение 4 к приказу
и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 38
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	

здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

А И Т В - ға а н т и д е н е л е р д і т е к с е р у

қ о р ы т ы н д ы с ы

(ЖИТС Р О д и а г н о с т и к а л ы қ з е р т х а н а)

Р е з у л ь т а т

и с с л е д о в а н и я н а а н т и т е л а к В И Ч

(диагностическая лаборатория РЦ СПИД)

№ _____

ЖИТС ОҚО (ОГЦ СПИД) _____

Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (обследуемого) (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Тексеру коды (Код обследования) _____

Азаматтығы (Гражданство) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Место работы

Зерттеу (Исследования)	Күні (Дата)	Тест жүйенің түрі (Тип тест-системы)	Қиын жағдайдағы ОП	Нәтиже (Результат)
			Қан сарысуының ОП	
			ОП критическая	
			ОП сыворотки	
ИФА		1 . 2 . 3.		

№	Ф.И.О. (при его наличии) больного	ЖСН (/ ИИН)	(Год рождения)	(Дата и № ИБ*)	(Дата взятия на диспансерный учет)	* (Место нахождения (дома, СИ, МЛС))	(Клинический диагноз)	(Дата ФГ-исследования , №, результат)	Изониазидті тағайындау күні (Дата назначения изониазида)	Курс ұзақ (Длительность курса)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1. Журнал номерленіп, тігіліп және мекеменің мөрімен бекітілуге тиісті (Журнал должен быть пронумерован, прошнурован и закреплен печатью учреждения).

2. 1,4,5,7,8,10,12,14 және 16 бағандары бойынша айлық жинақтау жүргізіледі (По графам 1,4,5,7,8,10,12,14 и 16 проводить ежемесячный свод).

ҚР ДСМ " АИТВ-инфекциясы және туберкулез бойынша бағдарламаларды шоғырландыру туралы" 16.11.2009ж. №722 бұйрығына сәйкес ахуалды тиімді бағалау және мониторинг жүргізу үшін АИТВ-инфекциясы мен ТБ бірлескен ауруларға қатаң бақылау жүргізу қажет (Согласно Приказу МЗ РК № 722 от 16.11.2009г "Об интеграции программ по туберкулезу и ВИЧ- инфекции", для эффективной оценки ситуации и проведения мониторинга необходим строгий контроль больных с сочетанной инфекцией- ВИЧ/ТБ).

*ИБ-иммуноблот , **ТИ (СИ) – тергеу изоляторы (следственный изолятор), * *БАО (МЛС) – бостандығынан айыру орталығы (места лишения свободы), *** ДБК (ВКК)- дәрігерлік бақылау комиссиясы (врачебная контрольная комиссия)

Приложение 4 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____

Қазақстан
Республикасы
Денсаулық
сақтау
министрлігі
Министерство
здравоохранения

Республики
Казахстан

	жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 272/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы сертификатты беру журналы

Ж у р н а л

выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

Сертификаты жазу күні Дата выписки сертификата	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Күні, туған жылы Дата, год рождения	ЭАОЖ коды Код КАТО	Мекенжайы Адрес	Жұмыс орны Место работы, должность	Төлқұжатының сериясы, № №, серия паспорта	Талдаудың №, нәтижесі № анализа , результат	Қай елге кетті Страна выезда
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 4 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	Б С Н бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272-1/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 272-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
--	--

ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының

нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы

Журнал

регистрации и учета результатов сывороток крови,

поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

Түскен күні (Дата поступления)	Сарысу № (№ сыворотки)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған жылы (Год рождения)	Жынысы (Пол)	Коды Код	Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)	Анализдің қою күні (Дата постановки анализа)	Тест-жүйе, сериясы (Тест-система , серия)	Сарысуд О Т (О П сыворотки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 4 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2 0 1 0 жылғы " 2 3 " қарашадағы № 9 0 7 б ұ й р ы ғ ы м е н б е к і т і л г е н № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование	

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Приложение 4 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 5 Формат А5	форматы	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 281/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанды №	CD-4,	CD-8	тексеру үшін берілген жолдама
Направление Т. А. Ә. Ф.И.О.(при Жынысы ЖСН/ИИН	на	исследование (болған)	на CD-4, CD-8 жағдайда)
Ф.И.О.(при Жынысы ЖСН/ИИН): _____			
(Пол) _____			
Туған күні (Дата рождения): _____			
Тексеру кезіндегі диагнозы: _____			
(Диагноз на момент обследования)			
Иммуноблоттың номері (Номер иммуноблота) _____			
Вирусқа қарсы емнің басталған уақыты: _____			
(Дата начала противовирусной терапии)			
CD-4, CD-8 бұдан бұрынғы тексеріс уақыты және қорытындысы _____			

(Дата и результат предыдущего обследования на CD-4,CD-8)
 Қанды алған күні, уақыты (Дата и время забора крови) _____
 Материалды жіберген мекеменің атауы және мекенжайы (Адрес и наименование учреждения, направившего материал): _____

 Материалды жіберген дәрігердің тегі (Фамилия врача, направившего материал): _____

 Жіберілген күні (Дата отправки) : _____

CD -4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы
 Результаты исследования крови на CD -4, CD-8
 № _____
 Т . А . Ә . (Болған жағдайда)
 (Ф.И.О.):при его наличии _____
 Жынысы(Пол): _____ ЖСН/ИИН _____
 Туған күні (Дата рождения) _____
 Иммуноблоттың № (№ иммуноблота) _____
 Қанды зертханаға жеткізген күні, уақыты _____
 (Дата и время доставки крови в лаборатории)
 Талдауға қойған күні, уақыты _____
 (Дата и время постановки)
 CD4 _____ CD3 _____ CD8 _____ CD4/CD8 _____

 Зертханашы-дәрігер _____

 (Врач-лаборант/специалист лаборатория)
 Берілген күні (Дата выдачи) _____

Приложение 5 к приказу
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907
 Приложение 46
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 24 марта 2017 года № 92

А 5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 0 1 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан талдауына жолдама
 Направление на анализ крови

№ _____ 20__ жылғы (год) “ _____ ” _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет) , 2 – _____ Т М К К К (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

		<u>Дәрілік мониторинг/</u> <u>Лекарственный мониторинг</u> <input type="checkbox"/>
<u>Аутоиммунды аурулардың</u> диагностикасы <u>Диагностика аутоиммунных заболеваний</u> <input type="checkbox"/>	<u>Қант диабетінің мониторингі/</u> <u>Мониторинг сахарного диабета</u> <input type="checkbox"/>	Вальпрой қышқылы/ Вальпроевая кислота <input type="checkbox"/>
Жиынтықты антиядерлы антиденелер скринингі (ANA screen / Суммарные антиядерные антитела скрининг (ANA screen) <input type="checkbox"/>	Глюкоза қосылған гемоглабин/ Гликозилированный гемоглобин <input type="checkbox"/>	Циклоспорин <input type="checkbox"/>
Екі спиральды (жасанды) ДНҚ IgG класының антиденесі (анти-дсДНК IgG, anti-double-stranded (native) DNA IgG antibodies, anti-dsDNA IgG/ Антитела класса IgG к двуспиральной (нативной) ДНҚ (анти-дсДНК IgG, anti-double-stranded (native) DNA IgG antibodies, anti-dsDNA IgG) <input type="checkbox"/>	<u>Гематология</u> <input type="checkbox"/>	Такролимус <u>Мерез (қосымша түтікше)/</u> <u>Сифилис (доп. пробирка)</u> <input type="checkbox"/>
Антифосфолипидті скрининг (IgM/IgG)/Антифосфолипидный скрининг (IgM/IgG) IgG класының Антинейтрофилдық цитоплазмалық антиденелері (ANCA соmbi) / Антинейтрофильные цитоплазматические антитела класса IgG (ANCA combi) <input type="checkbox"/>	формуламен берілген ОАК/ ОАК с формулой <input type="checkbox"/>	Трепонема pallidum жиынтық антиденесі/ Суммарные антитела к Трепонема pallidum <input type="checkbox"/>
Экстракцияланған ядрлыантиденелер (ENA screen) / Экстрагируемые ядерные антитела (ENA screen) <input type="checkbox"/>	<u>Остеопороз диагностикасы/</u> <u>Диагностика остеопороза</u> <input type="checkbox"/>	Суммарные антитела к Трепонема pallidum <input type="checkbox"/>
Гистондарға антиделер (Anti Haston)/ Антитела к гистонам (Anti Haston) <input type="checkbox"/>	Остеокальцин <input type="checkbox"/>	RW <input type="checkbox"/>
Антимитохондриялды антиденелер (AMA-M2)/ Антимитохондриальные антитела (AMA-M2) <u>Жүрек-тамыр ауруларының тәуекел маркерлері және кардио ө з і н д і к а қ у ы з д а р /</u> <u>Кардиоспецифичные белки и маркеры риска сердечно-сосудистых заболеваний</u> <input type="checkbox"/>	b-CrossLaps <u>Бедеулік диагностикасы (қосымша түтікше)/</u> <u>Диагностика бесплодия (доп. пробирка)</u> <input type="checkbox"/>	Микрореакция <u>Бауыр фиброзының маркерлері/</u> <u>Маркеры фиброза печени</u> <input type="checkbox"/>
Натриуреттік гармон (В-типi) N-соңғысы пропептид (proBNP)/ Натриуретического гормона (В-типа), N-концевой пропептид (Pro-BNP) <input type="checkbox"/>	Қандағы антиспермалдық антиденелер/ Антиспермальные антитела <input type="checkbox"/>	ELF-тест <input type="checkbox"/>
	Anti-Мюллеров гормон <input type="checkbox"/>	Қан тобы және Резус-фактор (қосымша түтікше)/Группа крови и Резус-фактор (доп. пробирка) <input type="checkbox"/>
	b-ХГЧ антиденесі/ Антитела к b-ХГЧ <u>Сепсис маркерлері/</u> <u>Маркеры сепсиса</u> <input type="checkbox"/>	АИТВ (қосымша түтікше)/ВИЧ (доп. пробирка) <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Шетелдік азаматтарға АИТВ (қосымша түтікше)/Вич для

иностранных
граждан (доп.
пробирка)

Клиникалық химия		<u>Жүкпа (ЭХЛ әдісімен)/</u>	
/ Клиническая химия		<u>Инфекции(методом ЭХЛ)</u>	<u>ПЦР Real time</u>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
АЛТ		А гепатитінің	Хламидиоз
<input type="checkbox"/>		HAV/HAV гепатит	<input type="checkbox"/>
АСТ	<u>Гормондар/ Гормоны</u>	А	Микоплазмоз
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жалпы ақуыз/	ТТГ	В гепатитінің	Уреаплазмоз
Общий белок	<input type="checkbox"/>	HBsAg /HBsAg	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Т3 жалпы/Т3 общий	гепатит В	Гарднереллез
Жалпы билирубин/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Билирубин общий	Т4 жалпы /Т4 общий	С гепатитінің Anti	Трихомониаз
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HCV/ Anti HCV	<input type="checkbox"/>
Тура билирубин /	Т3 еркін /Т3 свободный	гепатит С	Кандидоз
Билирубин прямой	<input type="checkbox"/>	<u>Ж а л п ы</u>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Т4 еркін/ Т4 свободный	<u>клиникалық</u>	Цитомегаловирус (CMV)
Несеп қышқылы/	<input type="checkbox"/>	<u>зерттеу/</u>	<input type="checkbox"/>
Мочевая кислота	Анти-ТГ	<u>Общеклинические</u>	Герпес I, II түрлері (HSV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>исследования</u>	I,II)/Герпес I, II типы
Несепнәр /	ТТГ рецепторына антиденелер/	<input type="checkbox"/>	HSV I, II)
Мочевина	Антитела к рецеп. ТТГ	Несептің	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	физико-химиялық	Соз/Гонорея
Креатинин	Анти-ТПО (микросомалды	микроскопиямен	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	тиреопероксидазаға антиденелер)/	зерттелуі/	Флороценоз NCTM
Глюкоза (қан қанты	Анти-ТПО	Физко-химическое	<input type="checkbox"/>
)/Глюкоза (сахар	<input type="checkbox"/>	исследование мочи	Флороценоз-Бактериалды
крови)	ФСГ	с микроскопией	в а г и н о з /
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нечипоренко	Флороценоз –
Үшглицеридтер/	ЛГ	тәсілімен жасалған	Бактериальный вагиноз
Триглицериды	<input type="checkbox"/>	несеп талдауы/	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Пролактин	Анализ мочи по	Флороценоз –
Холестерин-ЛПВП	<input type="checkbox"/>	Нечипоренко	Микоплазмы
<input type="checkbox"/>	Эстрадиол	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Холестерин-ЛПНП	<input type="checkbox"/>	Уретро бөлетін	Флороценоз – Аэробтар/
<input type="checkbox"/>	Прогестерон	микроскопиялық	Флороценоз – Аэробы
Жалпы кальций (Са	<input type="checkbox"/>	зерттеу/	<input type="checkbox"/>
)/Кальций общий (	17-ОН Прогестерон (қосымша түтікше)/	Микроскопическое	Флороценоз –
Са)	17-ОН Прогестерон (доп. пробирка)	исследование	Кандидалар/Флороценоз
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	отделяемого	– Кандиды
Магний (Mg)	Тестостерон	уретры	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Флороценоздың
Органикасыз	АКТГ (түтікшені мұзға қою)/	Өт дағын анықтау/	комплекттік зерттеуі №1/
фосфор /Фосфор	АКТГ (пробирку на лед)	Определение	Комплексное
неорганический	<input type="checkbox"/>	желчного	исследование
<input type="checkbox"/>	Кортизол	пигмента	Флороценоз №1

Na/K/Ca иондалған/ Na / K / Ca	<u>Онкомаркерлер/Онкомаркеры</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ионизированный	<input type="checkbox"/>	Тазалық дәрежесін	Флороценоздың
<input type="checkbox"/>	АФП (бауыр, аналық жыныс безі)/ АФП	тексеретін	комплекстік зерттеуі №2/
Темір (Fe)/Железо (	(печень, яички)	жағынды/	Комплексное
Fe)	<input type="checkbox"/>	Мазок на степень	исследование
<input type="checkbox"/>	СА 15-3 (сүт безі)/СА 15-3(мол.железа)	чистоты	Флороценоз №2
Трансферрин	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	РЭА (ішек)/СЕА (кишечник)	Еркекбездің	АВП/ВПЧ (сапалық/ кач.
Ферритин	<input type="checkbox"/>	бүкпесін тексеру/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	СА 19-9 (асқазан, ұйқы безі)/СА 19-9 (	Исследование	АВП/ВПЧ (сандық/кол.)
ЛЖСС	поджел. железа, желудок)	секрета	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	предлстательной	<input type="checkbox"/>
СРБ	СА 125 (аналық бездері)/	железы	Жоғары қауіпті
<input type="checkbox"/>	СА 125 (яичники)	<u>Цитология</u>	канцерогенды АВП
С-реактивті ақуыз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	анықтау (сандық)/ВПЧ
кардио/СРБ-кардио	ПСА жалпы (простата)/	Жатыр мойны	высокого канцерогенного
<input type="checkbox"/>	ПСА общ. (простата)	тінін және	риска (кол.)
Ревматоидты	<input type="checkbox"/>	цервикалды	<input type="checkbox"/>
фактор/	ПСА (простата)/Пса своб. (простата)	каналды зерттеу/	ВПЧ (генотиптері/
Ревматоидный	<u>Гемостаз</u>	Исследование	генотип)
фактор	<input type="checkbox"/>	соскобов шейки	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Қан плазмасында анализатормен (	матки и	Токсоплазмоз
Антистрептолизин	ПВ-ПТИ-МНО) протромбинді индекс (	цервикального	<input type="checkbox"/>
О	ПТИ) пен халықаралық қалыпты	канала	СMV (сапалық/кач.)
<u>Иммунологиялық</u>	катынасын (ХКК) кезекті есептеумен	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>зерттеулер/</u>	протромбин уақытын (ПУ) анықтау /	Қалқағша бездің	СMV (сандық/кол.)
<u>Иммунологические</u>	Опред. протромбинового времени (ПВ)	пунктаттарын	<input type="checkbox"/>
<u>исследования</u>	с послед. расчетом протромбин. индекса	зерттеу/	В гепатиті (сапалық)/
<input type="checkbox"/>	(ПТИ) и международного	Исследование	Гепатит В (кач.)
I g A	нормализованного отношения (МНО) в	пунктатов	<input type="checkbox"/>
иммуноглобулин А	(плазме крови на анализаторе (	щитовидной	В гепатиті (сандық)/
)	ПВ-ПТИ-МНО)	железы	Гепатит В (кол.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I g M	Қан плазмасындағы фибриногенді	Сұйықтықты	С гепатиті (сапалық)/
иммуноглобулин М	(талдауышта анықтау/Опред.	цитология	Гепатит С (кач.)
)	фибриногена в плазме крови на	аппаратындағы	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	анализаторе	ПАП-тест арқылы	С гепатиті (сандық)/
I g G	<input type="checkbox"/>	жатыр мойны	Гепатит С (кол.)
иммуноглобулин G	(Талдауышта плазмадағы	жағындысын	<input type="checkbox"/>
)	белсендендірілген жартылай	цитологиялық	С гепатиті (генотиптері)/
<input type="checkbox"/>	тромбопластин уақытын анықтау (	зерттеу/	Гепатит С (генотип)
I g E	БЖТУ)/Опред. активированного	Цитологическое	<input type="checkbox"/>
иммуноглобулин E)	частичного тромбопластинового	исследование	D гепатиті (сапалық)/
<u>Зер биохимиясы/</u>	времени (АЧТВ) в плазме крови на	мазка из шейки	Гепатит D (кач.)
<u>Биохимия мочи</u>	анализаторе	матки ПАП-тест	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	на аппарате	D гепатиті (сандық)/
Креатинин	Талдауышта қан плазмасындағы	жидкостной	Гепатит D (кол.)
<input type="checkbox"/>	тромбин уақытын (ТУ) анықтау/ Опред.	цитологии	<u>РИФ -диагностика</u>
Несепнәр/	тромбинового времени (ТВ) в плазме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Мочевина	крови на анализаторе	М ұ р ы н	Хламидии
<input type="checkbox"/>		қуысындағы	<input type="checkbox"/>
		сілекей қабығы	Микоплазмоз
		қырындысының	

Несеп қышқылы/ Мочевая кислота <input type="checkbox"/>	риноцитограммасы <input type="checkbox"/> / Риноцитограмма соскоба со слизистой оболочки носовой полости	Уреаплазмоз
Глюкоза (қант)/ Глюкоза (сахар)		

* Белгіленген тестілер саны (Кол-во назначенных тестов) дәрігердің МӨ (МП
врача)

(бланкі толтырушы дәрігердің жазбасымен көрсетіледі (указывается
прописью врачом, заполняющим бланк)

Ескертпе (Примечание): Зертхана жасалған тесттердің тізімін, зерттеу түрін,
өлшем әдісін көрсетеді (Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов,
вид исследования, метод измерения)

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его
наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования
) _____

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
к о с ы м ш а п а р а к

Вкладной лист к анализу крови

Қанды экспресс-әдіспен талдау

Анализ крови экспресс-методом

№ _____

№ _____ 20__ жылғы (год) “ ____ ” _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтижесі (Результат): _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)
_____)

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
қ о с ы м ш а п а р а қ

Вкладной лист к анализу крови

Қан талдауы

Анализ крови

№ _____

кеңейтілген (развернутый)

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд),
5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Гемоглобин E (М) Ә (Ж)			
Эритроциттер E (М) (Эритроциты) Ә (Ж)			
Түсті көрсеткіш (Цветной показатель)			
Ретикулоциттер (Ретикулоциты)			
Тромбоциттер (Тромбоциты)			
Лейкоциттер (Лейкоциты)			
Нейтрофилдер Нейтрофилы	Промиеоциттер (Промиеоциты)		
	Миелоциттер (Миелоциты)		
	Метамиеоциттер (Метамиеоциты)		
	Таяқшайдролы (Палочкоядерные)		
	Сегментядролы (Сегментоядерные)		
Эозинофилдер (Эозинофилы)			
Базофилдер (Базофилы)			
Моноциттер (Моноциты)			
Лимфоциттер (Лимфоциты)			
Плазмалық клеткалар (Плазматические клетки)			

Эритроциттердің шөгү жылдамдығы (Скорость оседания эритроцитов) E (М) Ә. (Ж)			
--	--	--	--

Эритроциттердің морфологиясы

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз макроциттер, микроциттер (Анизоцитоз макроциты, микроциты)

Пойкилоциттер (Пойкилоциты) _____

Базофилді түйіршіктігі бар эритроцитоз (Эритроцитоз с базофильной зернистостью) _____

Полихроматология _____

Жолли денешіктері, Кебот сақиналары (Тельца Жолли, кольца Кебота) _____

Эритро-нормобластар (100-лейкоцитке) Эритро-нормобласты (на 100 лейкоцитов) _____

Мегалобластар (мегалобласты) _____

Лейкоциттердің морфологиясы (Морфология лейкоцитов)

Ядролар гиперсегментациясы (Гиперсегментация ядер) _____

Уытты түйіршіктік (Токсогенная зернистость) _____

20 _____ жылғы (года) _____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа) Орындаушының қолы (Подпись исполнителя)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
қ о с ы м ш а п а р а қ

Вкладной лист к анализу крови

Қанды микрореакцияға жіберу

Направление крови на микрореакцию

№ _____

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтиже (Результат)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
қ о с ы м ш а п а р а қ
Вкладной лист к анализу крови

Вассерман реакциясы және тағы басқа
қ а н т а л д а у ы
А н а л и з к р о в и
реакция Вассермана и другие

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП),

3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Вассерман реакциясы антигендермен (Реакция Вассермана с антигенами):
кардиолипінді (кардиолипиновым) _____

арнайы емес (неспецифическим) _____

солғын трепанемалардан (из бледных трепанем) _____

(культуралық) (культуральным) _____

ВР сандық титрі (Количественный титр РВ) _____

Вассерман реакциясы (суықта) (Реакция Вассермана (на холоде)

Трепонемалар қозғалу реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі -ТҚР) (Реакция иммобилизации трепонем при наличии – (далее РИТ)

Иммунофлуоресценция реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ИФР) (Реакция иммунофлуоресценции при наличии – (далее - РИФ) _____

ИФР-100 (РИФ-100) _____

ИФР-200 (РИФ-200) _____

ИФР-абсорб (РИФ-абсорб) _____

Экспресс-реакциялар (Экспресс-реакции):

Плазматест _____

ВДРЛ типті белсенсіздірілген сарысумен реакция (Типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой)) _____

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

қ о с ы м ш а

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
п а р а қ

Вкладной лист к анализу крови

глюкозамен жүктеуге Қ а н т а л д а у ы
А н а л и з ж ү к т е у г е т ө з і м д і л і к с ы н а м а с ы
проба на толерантность к нагрузке глюкозой к р о в и

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОВМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтижесі (результат): _____

Г л ю к о з а н ы ң к о н ц е н т р а ц и я с ы
(Концентрация глюкозы в) (ммоль/л)

Зерттеуді орындау уақыты (Время исполнения исследования)	қанда (крови)	несепте (моче)
---	------------------	-------------------

Аш қарынға (Натошак)

Бірінші жүктеме (Нагрузка первая)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Екінші жүктеме (Нагрузка вторая)

Бірінші жүктемеден кейін (После первой нагрузки через) мин

Жүктемеден (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
қ о с ы м ш а п а р а қ

Вкладной лист к анализу крови

Қанның/несептің биохимиялық талдауы
Биохимический анализ крови/мочи

№ _____

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОВМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Жалпы нәруыз (Общий белок)			
Альбумин			
Несепнәр (Мочевина)			
Креатинин			
Несеп қышқылы (Мочевая кислота)			
Глюкоза			
Жалпы кальций (Кальций общий)			
Йондалған кальций (Кальций иониз.)			
Калий			
Натрий			
Хлоридтер (Хлориды)			
Темір (Железо)			
Магний			
Мыс (Медь)			
Церулоплазмин			
АлаТ			
АсаТ			
Билирубин жалпы (общий)			
Билирубин тура (прямой)			
Тимол сынамаcы (Тимоловая проба)			
ГГТП			
Сілті фосфатазасы (Щелочная фосфатаза)			
Холестерин			
Холестерин ЛПВН			
Холестерин ЛПНП			
Үшглицеридтер (Триглицериды)			
Липопротеидтер (Липопротеиды)			
Амилаза жалпы (общая)			
Креатинкиназа			
Липаза			

ЛДГ жалпы (общая)			
Серомукрид			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қ а н т а л д а у ы ж о л д а м а с ы н а
қ о с ы м ш а п а р а қ
Вкладной лист к анализу крови

Қ о а г у о л о г и я л ы қ з е р т т е у
Қ а н т а л д а у ы
А н а л и з к р о в и
коагулологические исследования

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП),

3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

(повторное) (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу (Исследуемый компонент)	компоненті	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
Гематокрит				
Тромбоциттер (Тромбоциты)				
Мөлшері (Количество)				
Адгезия				
Агрегация				
Айви бойынша қан кету ұзақтығы (Длительность кровотечения по Айви)				
I кезең (фаза) протромбин құрылуы (протромбинообразование)				
Ли-Уайт бойынша пробиркадағы ұю уақыты (Время свертывания по Ли-Уайту в пробирке)				
силиконсыз (несиликон.)				
силиконды (силиконир.)				
Аутокоагулограмма (АКТ)				
6 минутқа (на 6 мин.)				
8 минутқа (на 8 мин)				
10 минутқа (на 10 мин)				

Каолин-кефалин уақыты (каолин-кефалиновое время (АПТВ))			
II кезең (фаза) тромбин құрылуы (тромбинообразование)			
Протромбин индексі (протромбиновый индекс)			
III кезең (фаза) фибрин құрылуы (фибринообразование)			
Фибриноген А			
Тромбин уақыты (Тромбиновое время)			
Паракоагуляциялық тесттер (Паракоагуляционные тесты)			
В-нафтолды (В-нафтоловый)			
Этанолды (этаноловый)			
Протаминсульфатты (Протаминсульфатный)			
IV кезең (фаза) Антикоагулянттық жүйе (Антикоагулянтная система)			
Фибринолиз өздігінен (спонтанный)			
Эуглобулинді (эуглобулиновый)			
Ұйытындының гемостатикалық қасиеттері (гемостатические свойства сгустка)			
Плазманың гепаринге төзімділігі (Толерантность плазмы к гепарину)			
Антитромбин III			
Плазминоген			
Ретракция			
Фибриназа – XIII			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Серологиялық зерттеулер нәтижесі
қ а н т а л д а у ы
А н а л и з к р о в и

результат серологических исследований

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі / Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі / Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

1) КБР антигендермен (РСК с антигенами) _____

а) Провачек (Провачека) _____

б) Бернет (Ку қызбасы) (Бернета (лихорадка Ку) _____

в) орнитоз (орнитоза) _____

г) токсоплазмоз (токсоплазмоза) _____

2) ТКАР антигендермен (РПГА с антигенами):

а) дизентерия (дизентерийными) _____

б) сальмонеллез (сальмонеллезными) _____

в) сүзек-паратиф (тифо-паратифозными) _____

г) бөртпе сүзек (сыпно-тифозными) _____

3) Хеддельсон реакциясы (Реакция Хеддельсона) _____

4) Райт реакциясы (Реакция Райта) _____

5) Латекс-агглютинация реакциясы (Реакция латекс-агглютинации)

(эхинококкоз)

6) Пауль-Буннель реакциясы (Реакция Пауль-Буннеля) _____

(мононуклеоз)

7) Видаль реакциясы (Реакция Видаля) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его
наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования
) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Т а л д а у

А н а л и з

№ _____

Қ а н д ы L E - клеткаға з е р т т е у
(Исследование крови на LE - клетки)

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

№ _____ ИФА/ИХЛ гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан/
н е с е п т а л д а у ы

Анализ крови / мочи на содержание гормонов и медиаторов № _____ ИФА/
ИХЛ

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд),
5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын
сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше
(экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия
образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " "
мин.

Зерттеу компоненті		Зерттеу нәтижесі	С И бірліктері
-----------------------	--	---------------------	-------------------

(Исследуемый компонент)	Референті (Референсные значения)	мағынасы (Результат измерения)	Единицы СИ
ЛГ	Әйелдер (Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза) Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		
ФСГ	Әйелдер (Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза) Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		
Эстрадиол	Әйелдер (Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза) Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референтты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қанды ИФА/ИХЛ/ЭХЛ/иммуноблот әдісімен зерттеуге
қан талдауына жолдама № ___

Направление к анализу крови № ___
исследование крови методом ИФА/ИХЛ/ЭХЛ/иммуноблот

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Пациент Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____

Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) врача, направившего на исследование _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
АНАV YgM			
HbsAg			
a-Hbcor IgM			
a-HCV IgG			
a-HB cor JgG			
HbeAg			
a-Hbe			
a-Hbs			
a-HDV JgM			
a-HDV total			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)
_____)

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Цитогенетикалық зерттеуге жолдама

Направление на цитогенетическое исследование

№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.)_ (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі / Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі / Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд),
5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын
сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Кариотип (Кариотип) _____

_____ (нормаға сәйкес, нормаға жатпайды (норма, не норма))

_____ (еркектік, әйелдік (мужской, женский))

_____ Жіберілген күні (Дата направления) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

_____ Дәрігер (Врач) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Цитогенетикалық зерттеу

Цитогенетическое исследование

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии)

_____ ЖСН (ИИН) _____

_____ Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

_____ ЭАОЖ коды (Код КАТО): _____

_____ Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

_____ Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

_____ Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Кариотип (Кариотип) _____

(нормаға сәйкес, нормаға жатпайды (норма, не норма)

Берілген күні (Дата выдачи анализа) " ___ " _____ 20 ___ ж. (г.)

Дәрігер (Врач) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Иммунограмма

№ _____ 20___ жылғы (год) " ___ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /(Ф.И.О.) (при его наличии) _____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____
 Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его
 наличии)
 врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
 расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд),
 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын
 сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше
 (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия
 образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу (Исследуемый компонент)	компоненті	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
Т-белсенді (Т-активные)				
Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)				
Т-хелперлер (Т-хелперы)				
Т-супрессорлар (Т-супрессоры)				
Аутологиялық л-ф (Аутологичные л-ф)				
In vitro әсерінен кейінгі Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты после воздействия in vitro)				
Т-левамизол				
Т-тималин				
Т-белсенді (Т-активные)				
Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)				

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (Ф.И.О. врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

И м м у н о л о г и я л ы қ т а л д а у

Иммунологический анализ

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

№	Зерттеу (Исследуемый)	компоненті компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
1	Лейкоциттер	(Лейкоциты)			
2	Нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігі Фагоцитарная активность нейтрофилов				
3	Фагоцитарлық сан Фагоцитарное число				
4	Фагоцитоз аяқталу индексі Индекс завершенности фагоцитоза				
5	НСТ+нейтрофилдер НСТ + нейтрофилы				
6	НСТ+ширатылған нейтрофилдер НСТ + стимулированные нейтрофилы				
7	Ширату индексі Индекс стимуляции				
8	Комплементтің гемолиздік белсенділігі Гемолитическая активность комплемента				
9	Қанда айналып жүрген иммундық кешендер Циркулирующие иммунные комплексы				
10	Теофиллин – резисты Теофиллин – резистентные				
11	Теофиллин – сезімтал Теофиллин - чувствительные				

12	Аз сараланған жасушалар: (Малодифференцированные клетки) В-лимфоциттер (В-лимфоциты) Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			
13	Т-хелперлер (Т-хелперы)			
14	Т-супрессорлар (Т-супрессоры)			
15	Т- лимфоциттердің абсолюттік саны Абсолютное количество Т-лимфоцитов			
16	В-лимфоциттер (М-РОК) В-лимфоциты (М-РОК)			
17	Р Т М П с Ф Г А Жосу индексі (Индекс миграции) Жосу көрсеткіші (Показатель миграции) Жосу тежелуінің индексі (Индекс миграции т о р м о ж е н и я) Жосу тежелуінің көрсеткіші (Показатель миграции торможения)			
18	Иммуноглобулин А			
19	Иммуноглобулин М			
20	Иммуноглобулин G			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Фенилкетонурия және туа біткен гипотиреозды анықтауға скринингтік
з е р т т е у д і ң н ә т и ж е л е р і

Результат скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз
№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі / Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі / Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 – Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС), 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " ЖЫЛ (ГОД) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Фенилаланин			
ТТГ			

Нәтиже (Результат) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

ПТР әдісімен зерттеу нәтижелерін талдау
биоматериал (қан сарысуы, плазма, тұтас, несеп, түкірік, шауқат) /
А н а л и з

результата исследования методом ПЦР
биоматериал (кровь-сыворотка, плазма, цельная; моча, слюна, сперма)

Т і р к е у № _____

Регистрационный №

№ _____ 20 ____ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу (Исследуемый компонент)	компоненті	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
АҚТҚ-ға вирустық ДНК /Провирусная ДНК ВИЧ				
1 мл –дегі АҚТҚ РНК санының көшірмесі Количество копий РНК ВИЧ в 1 мл				
В гепатитінің ДНК-сы / ДНК гепатита В				
С гепатитінің РНК-сы / РНК гепатита С				
С гепатитінің генотипі / Генотип гепатита С				
1 мл –дегі ВГС РНК санының көшірмесі Количество копий РНК ВГС в 1 мл				

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, референсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии)

. врача выполнившего исследование) _____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парак
Вкладной лист к анализу крови

Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау
Направление крови на биохимический генетический скрининг

Ұйымның атауы және мекенжайы _____

(Название и адрес организации)

АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ жолдау (керегін сыз)

(Направление на АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ (нужное подчеркнуть))

Қан алу күні (Дата забора крови) _____

Жүкті әйелдің ТАӘ. (ФИО беременной) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Салмағы (Вес) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны (Телефон) _____

— Соңғы етеккір күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта (күні, айы, жылы)

(Дата последней менструации) (срок беременности) недель (день, месяц, год)

1 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 1 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

ҚТК (құйымшақ-төбе көлемі) _____ (мм)

КТР(копчико-теменной размер)

ЖКҚ (жаға кеңістігінің қалыңдығы) _____ (мм)

ТВП (толщина воротникового пространства)

2 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 2 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

БПК (бипариеталдық көлем) _____ (мм)

БПР(бипариетальный размер)

Қосымша мәліметтер:

Дополнительные сведения

Шылым шегу _____

— (Курение)

Егіз, үш егізек _____

(Двойня, тройня)

Қант диабеті _____

(Сахарный диабет)

Экстракорпоралдық ұрықтандыру _____

— (Экстракорпоральное оплодотворение)

Сыртартпадағы Даун синдромы _____

(Синдром Дауна в анамнезе)

Сыртартпадағы Эдвардс синдромы _____

(Синдром Эдвардса в анамнезе)

Сыртартпадағы невралдық түтік ақауы _____

(Дефекты нервной трубки в анамнезе)

Дәрігер _____

(Врач) ТАӘ, қолы, дербес мөрі (ФИО, подпись, личная печать)

Ұйым _____ тел. _____

(Организация)

Жіберу күні _____

(Дата направления)

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 0 4 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама
Направление на микробиологическое исследование (первичное, повторное)
№ _____

_____ 20 _____ жылғы (года) _____ сағат (час) _____
_____ минут.

материалды алу күні мен уақыты (дата и время взятия материала)

, сілемейлі жағындысы, қырынды және басқалар (Материал: кровь, моча, кал, мокрота, дуоденальное содержимое, спинномозговая жидкость, пунктат, раневое отделяемое, гной, выпот, секционный материал, мазок со слизистых, соскоб и др.) _____

(керекті астын сызыңыз) материал қайдан келгенін көрсетіп жазыңыз (нужное подчеркнуть), вписать, указав, откуда получен материал

Зерттеудің мақсаты мен атауы (Цель и наименование исследования): _____

кандай инфекциялық ауруларға зерттеу керек (на какие инфекции исследовать)

микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың
х и м и я т е р а п и я л ы қ
препараттарға сезімталдығын анықтау (определение чувствительности
выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица, направляющего материал) _____

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое исследование

Результат Микробиологиялық зерттеу нәтижесі
микробиологического исследования

№ _____

20 _____ жылғы (года) _____

биоматериал әкелінген күн (дата доставки биоматериала)
зерттеу күні (дата исследования)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН

Туған күні (Дата рождения)

Ұйым (Организация) Бөлімше (Отделение)

палата учаске (участок)

мединалық карта (медицинская карта) №

Зерттегенде (При исследовании)

қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

20 ж. (г.) " " Қолы (Подпись)

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое исследование

Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың
химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері

_____	(НТҚ-ға сай, НТҚ-ға сай емес, жоқ)
_____	(Соответствует НТД, не соответствует НТД, отсутствует)
Үлгіні іріктеп алған адамның лауазымы, тегі (Должность, фамилия лица, отобравшего образец) _____	Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа) 20 _____ жылғы (года) _____
_____	Дәрігердің тегі, қолы (Фамилия, подпись врача) _____
_____	_____

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 206/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы (результат иммуногематологического исследования крови пациента)	
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	
Туған күні, айы жылы (число, месяц год рождения)	
Бөлімше (отделение)	
Талдау күні (дата анализа)	
Қан тобы және резустістілігі (группа крови и резус-принадлежность)	
Зерттеуді жүргізген дәрігердің тегі	

(фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)	
Қанды иммуногематология зерттеудің қорытынды нәтижесі № _____ (результат заключительного иммуногематологического исследования)	
АВО бойынша қан тобы (группа крови по АВО)	
Резус тиістілігі (резус-принадлежность)	
Антиэритроциттік антидененің бар болуы (наличие антиэритроцитарных антител)	
Трансфузиологқа арналған нұсқау (рекомендации для трансфузиолога)	
Талдау берілген күн (дата выдачи анализа)	
Қан тобын зерттеген дәрігердің тегі (фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)	

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 49
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 5 Формат А5	форматы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Ф о р м а № 2 0 7 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (АВО бойынша қан тобы,	Қанды иммуногематология зерттеуге кенес беру нәтижесі № _____ (результат консультативного
---	--

резус-тиістілік/фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) жолдама) (направление на консультативные иммуногематологические исследования крови (группа крови по АВО, резус-принадлежность/ фенотип, нерегулярные антиэритроцитарные антитела/идентификация, антиглобулиновый тест прямой) (нужное подчеркнуть) Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Туған күні (дата рождения) _____

Ұйым (организация) _____

Бөлімше/ учаске (отделение/ участок) _____

Медициналық карта № (медицинская карта) _____

Диагнозы (диагноз) _____

Консультативті зерттеудің қажеттілігі неден туындады (чем вызвана необходимость консультативного исследования) _____

Донор қаны компоненттерінің трансфузия жүргізу туралы ақпарат (информация о проведенных трансфузиях компонентов донорской крови) _____

20 ____ жылғы " ____ " ____ " (год число месяц)

Зерттеуге жіберген дәрігердің тегі _____

(фамилия и инициалы врача, направившего на исследование)

иммуногематологического исследования) Зертхана (лаборатория) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Туған күні (число месяц год рождения) _____

Ұйым (Организация) _____

Бөлімше (отделение) _____

АВО жүйесі (группа крови по АВО) _____

Резус тиістілігі/фенотип (резусөпринадлежность/ фенотип) _____

Антиэритроциттік антидене(нерегулярные антиэритроцитарные антитела/ идентификация) _____

Антиэритроциттік антидене ерекшелігі/субкласс (специфичность/субкласс антиэритроцитарных антител) _____

Антиэритроциттік антидененің титры (титр антиэритроцитарных антител) _____

Антиглобулинды тура тест (антиглобулиновый тест прямой/)

Талдау берілген күн 20 ____ жылғы " ____ " _____

(дата выдачи анализа) (год число месяц)

Қан тобын анықтаған дәрігердің тегі (фамилия и инициалы врача, проводившего исследование) _____

Приложение 5 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 50 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2017 года № 92

А 5 форматы
Формат А5

БСН бойынша ұйым коды _____
Код организации по БИН _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 1 0 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Н е с е п т а л д а у ы

А н а л и з

м о ч и

№ _____

20__ жылғы (год) " ____ " _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин.

			С И бірліктері
--	--	--	---------------------------

Зерттеу (Исследуемый компонент)	компоненті	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	Единицы СИ
Физикалық-химиялық қасиеттер (Физико-химические свойства)				
Көлемі (Количество)				
Түсі (Цвет)				
Тұнықтығы (Прозрачность)				
Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность)				
Реакциясы (Реакция)				
Нәруыз (белок)				
Глюкоза				
Билирубин				
Уробилиноидтар (Уробилиноиды)				
Микроспиялық зерттеу (Микроскопическое исследование)				
Жалпақ эпителий (Плоский эпителий)				
Ауыспалы (Переходный)				
Бүйректің (Почечный)				
Лейкоциттер (Лейкоциты)				
Эритроциттер өзгермеген өзгерген (измененные)	(Эритроциты) (неизмененные)			
Цилиндрлер (Цилиндры): гиалинді (гиалиновые)				
балауыз тәрізді түйіршікті эпителиалды лейкоциттік эритроциттік пигменттік (пигментные)	(восковидные) (зернистые) (эпителиальные) (лейкоцитарные) (эритроцитарные)			
Сілемей (Слизь)				
Тұздар (Соли)				
Бактериялар (Бактерии)				

Ескертпе*: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) _____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования _____

Несеп талдауының қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мочи

Глюкозаның тәуліктік экскрециясын
талдау
Биохимический анализ мочи
суточной экскреции глюкозы/белок
№ _____

20__ жылғы (год) " ____ " _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. врача,
направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 –
Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин.

Аш қарынға глюкоза концентрациясы _____

(Концентрация глюкозы крови натощак)

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____

Пациент несепіндегі концентрация Бірліктер Нормасы

(Концентрация в моче пациента) (Единицы) (Норма)

Пациеттің несебіндегі тәуліктік экскреция нормасы (норма)
(суточная экскреция с мочей пациента)

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мочи

Зимницкий бойынша несеп талдауы
Анализ мочи по зимницкому

№ _____

20__ жылғы (год) " ____ " _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. ((при его
наличии)

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 –
Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин. Қабылданған сұйықтың мөлшері (Количество принятой жидкости) _____

Өлшем нөмірі Номер порции	Сағаттар Часы	Салыстырмалы тығыздық Относительная плотность	Несеп мөлшері литрмен Количество мочи в л.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Күндізгі диурез (Дневной диурез) _____

Түнгі диурез (Ночной диурез) _____

Жалпы диурез (Общий диурез) _____

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы

Вкладной лист к анализу мочи

Тәуліктік / бір реттік несепті биохимиялық талдау /

Биохимический анализ мочи суточная/разовая

20__ жылғы (год) " ____ " _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы(Ф.И.О.((при его наличии)

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____

Концентрациясы (Концентрация):

фосфордың (фосфора) _____

кальцийдің (кальция) _____

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ
Фосфор			
Кальций			
Оксолат			

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О.(при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Н е с е п т а л д а у ы н ы ң

қ о с ы м ш а

п а р а ғ ы

В к л а д н о й

л и с т

к

а н а л и з у

мочи форма № 210/у

Биоматериалдың Реберг сынамасын биохимиялық (қан /несеп) талдау /
Биохимический анализ проба Реберга биоматериал (кровь/ моча)

20__ жылғы (год) " ____ " _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Жынысы (Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы(Ф.И.О. (при его наличии))

врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " год " " ч.
" " мин

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	С И бірліктері Единицы СИ
Креатиннің концентрациясы Концентрация креатинина			
Тәуліктік диурез (Диурез за сутки)			
Минуттық диурез (Минутный диурез)			
Шумақшалық сүзілу (Клубочковая фильтрация)			
Каналдық реабсорбция (Канальцевая реабсорбция)			

Ескертпе*: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) _____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования _____

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қ а қ ы р ы қ т а л д а у ы

Анализ мокроты

Тегі, аты, әкенің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Түсі (Цвет) _____ Сипаты (Характер) _____

Қоспалар (Примеси) _____

Консистенция _____

оборотная сторона

Микроскопиялық зерттеу

Микроскопическое исследование

Эпителий (эпителий) _____	Талшықтар (Волокна) _____
Альвеолалық макурофагтар (Альвеолярные макрофаги) _____	серпімді (эластические) _____
-----	коралл тәрізді (кораллоподобные) _____
-----	әкке айналған (обызвествленные) _____
-----	Туберкулез микобактериясы (Микобактерии туберкулеза) _____
-----	-----
Лейкоциттер (Лейкоциты) _____	Саңырауқұлақтар (Грибы) _____
Эритроциттер (Эритроциты) _____	Б а с қ а ф л о р а
Эозинофилдер (Эозинофилы) _____	(Прочая флора) _____
-----	-----

Куршман спиралдері (Спирали Куршмана) _____

Шарко-Лейден кристаллдары (Кристаллы Шарко-Лейдена) _____

Типсіздік белгілері бар жасушалар (Клетки с признаками атипии) _____

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____ Қолы (Подпись) _____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

Қақырық талдауының қосымша парағы

Вкладной лист к анализу мокроты

Қақырықты экспресс зерттеу

(алгоритмдік талдау)

Экспресс-исследование

мокроты

(алгоритмический анализ)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О._(при его наличии)

Дәрігердің тағайындауы бойынша (по назначению врача) _____

Пульмонологиялық диагнозы (Пульмонологический диагноз) _____

күні (число)

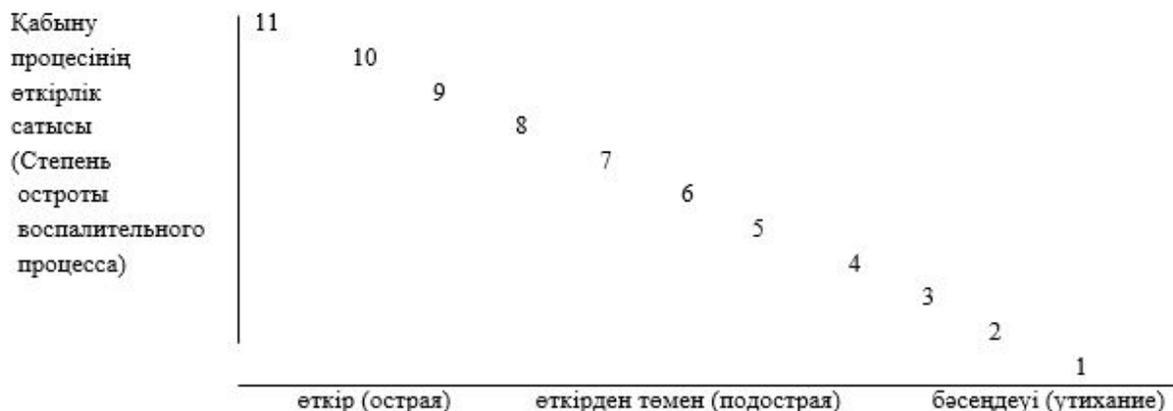
--	--	--	--

Тәуліктік қақырық мөлшелері (Количество в сутки)	А з (Мало)	Орта (Среднее количество)	К ө п (Много)
Қақырық (Характер мокроты)	Сілемейлі (Слизистая)	Сілемейлі-іріңді (Слизисто-гнойная)	іріңді (Гнойная)
Қақырықтағы лейкоциттер (Количество лейкоцитов в мокроте)	А з (Мало)	Орта (Среднее количество)	К ө п (Много)
Қақырықтағы эритроциттер (Количество эритроцитов в мокроте)	А з (Мало)	Орта (Среднее количество)	К ө п (Много)
Микро кантүкіру (Микрокровохарканье)	А з (Мало)	Орта (Среднее количество)	К ө п (Много)

барлығы (всего):

Альвеола макрофагтарының мөлшері (Количество альвеолярных макрофагов)	А з (Мало)	Орта (Среднее количество)	К ө п (Много)
	1	2	3

қосындысы (сумма)



Альвеолалық қақырықтағы липидтер болуы (Липиды в альвеолярных мокротах)	Эозинофилді лейкоциттер (Эозинофильные лейкоциты)	Куршман спиралдері (Спирали Куршмана)	Шарко-Лейден кристалдары (Кристаллы Шарко-Лейдена)	Белгілердің қарқындылығы (Интенсивность признаков)
Аллергиялық компонент белгілері				

(Признаки аллергического компонента)		0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3	
Б і т е л у компонентінің белгілері (Признаки обструктивного компонента)	0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3		

Қосымша тағайындалымдар мен микроскопиялық табылулар (Дополнительные назначения и микроскопические находки) _____

Зертханашы Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) лаборанта
Күні (Дата) _____

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 218/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының
микроскопиялық нәтижесі
(ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу) /
Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и прямой
кишки

(РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по Романовскому)
№ _____ 20__ жылғы (год) " ____ " _____ жолданған
күні (дата направления)

Пациент Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН(ИИН) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Жынысы(Пол) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы _____

Ф.И.О. (при его наличии)
врача, направившего на исследование) _____

(МО направившая на исследование) _____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз) _____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) "" "" "" год "" ч. ""

МИН.

Исследуемый компонент	Бөлінген сұйықтық (отделяемое из)			
	жатырдан, жатыр мойнынан (матки, шейки)	Үрпі каналынан (мочеиспускательного канала)	қынаптан (влагалища)	Тікішектен (прямой кишки)
эпителий				
лейкоциттер (лейкоциты)				
эритроциттер (эритроциты)				
микрофлора				
трихомонадалар (трихомонады)				
гонококктар (гонококки)				
гарднереллалар (гарднереллы)				
уреаплазмалар (уреаплазма)				
микоплазмалар (микоплазма)				
кандидалар (кандида)				

Типсіздік белгілері бар асушалар (клетки с признаками атипии)				
---	--	--	--	--

Ескертпе*: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии) _____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования _____

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 53
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 219/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Нәжисталдауы
Анализкала

№ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) _____

1.Макроскопиялық зерттеу

Макроскопическое исследование

Пішіні (Форма) _____ Консистенциясы _____

Түсі (Цвет) _____ Иісі (Запах) _____

Сілемейдің болуы (Наличие слизи) _____ Ірің (Гноя) _____

2. Химиялық зерттеу

Химическое исследование

1.Қанға реакциясы (Реакция на кровь) _____

2.Трибуле реакциясы (Реакция Трибуле):

сірке қышқылымен (с уксусной кислотой) _____

үш хлорлы сірке қышқылымен (с трихлоруксусной кислотой) _____

сулемамен (с сулемой) _____

3.Стеркобилинге реакциясы (Р. на стеркобилин) _____

4. Билирубинге реакциясы (Р. на билирубин) _____

3.Микроскопиялық зерттеу

Микроскопическое исследование

1.Дәнекер тіні (Соединительная ткань) _____

2.Бұлшық ет талшықтары (Мышечные волокна) _____

3.Бейтарап май (Нейтральный жир) _____

4.Май қышқылдары (Жирные кислоты) _____

5.Сабындар (Мыла) _____

6.Қорытылмайтын талшық (Непереваримая клетчатка) _____

7.Қорытылатын талшық (Переваримая клетчатка) _____

8.Крахмал _____

9.Йодофильді бактериялар (Йодофильные бактерии) _____

10.Сілемей (Слизь) _____

11.Лейкоциттер (Лейкоциты) _____

12.Эритроциттер (Эритроциты) _____

13.Эпителий _____

14.Қарапайымдар (Простейшие) _____

15.Глист жұмыртқалары (Яйца глист) _____

16.Ашытқы санырауқұлақшалар (Дрожжевые грибки) _____

17.Қорытылмаған ас қалдықтары (Остатки непереваренной пищи) _____

Талдау жүргізген (Анализ проводил) _____

20__ жылғы (года) " _____ " _____

Копрологиялық зерттеуінің қосымша парағы
В к л а д н о й л и с т к
копрологическому исследованию

Нәжіс/ преаналды қырынды талдауы
(гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин)
Анализ кала/преанального соскоба
(яйца гельминтов, скрытую кровь, стеркобилин, билирубин)

№ _____

20__ жылғы (года) _____ сағ.(
час) _____ мин

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Байланыс ақпараты / Контактная информация _____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его
наличии) врача,

направившего на исследование) _____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный
р а с ч е т) , 2 – _____ – _____ Т М К К К
(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС)
, 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын
сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз) _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынамананы жеткізу уақыты /

Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " жыл (год)
" " сағ (ч.) " " мин.

Гельминттер жұмыртқасы (Яйца гельминтов) _____

Қарапайымдар

(Простейшие) _____

Жасырын қанға реакциясы (Реакция на скрытую кровь): _____

Стеркобилинге реакциясы (Реакция на стеркобилин) _____

Билирубинге реакциясы (Реакция на билирубин)

--	--

МО атауы (название МО)	Күні (дата)	Биосынаманың қозғалысы (движение биопробы)											
		Нақтытапсырылған биоматериал саны (количество фактически сданного биоматериала)											
		Б / Х	МНО	гормон	НьА1с	Гепатиты В,С	такролимус	циклоспорин	ПЦР	Қан тобы/а-ти гр крови, а/ти	микрореакция	КЖТ / ОАК	НЖ / ОАК

Артқы жақ/обратная сторона

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 55
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы /
Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер

_____ (талдаулардың аты) (название анализов)
20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы
(года) " ____ " _____ аяқталды (окончен)
Журнал сәйкессіздіктерді тіркеу мен жазуға арналған / Журнал предназначен
для регистрации и записи несоответствий

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердің қолының сәйкестендіргіш /

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. сотрудника при его наличии)	Қолы/подпись

Артқы жақ/Обратная сторона

№	Сәйкессіздікті анықтау күні / Дата обнаружения несоответствия	Сәйкессіздік / Несоответствие	Сәйкессіздікті жою бойынша тез арадағы әрекеттер / Незамедлительные действия по устранению несоответствия	Қабылданған түзету шаралары / Принятые корректирующие меры	Қабылданған шаралардың тиімділігін бағалау және нәтижесі / Оценка и результат эффективности принятых мер

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-3/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы /Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин

— — — — —
(талдаулардың аты) (название анализов)
20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы
(года) " ____ " _____ аяқталды (окончен)

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші /

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) сотрудника	Қолы/подпись

Артқы жақ/Обратная сторона

Р.с № /№ п/ п	Күні дата	Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(инициалдары) Ф.И.О.(при его наличии) пациента	сәйкестендіру номері / номер идентификации	Жолдаған мед. ұйым Направившая организация	Дабылды -сыни мәні / Треожно-критическое значение	Дабылды-сыни мәндерді анықтау уақыты / Время выявления треожно критического значения	Дабылды-сыни мәндерді тапсыру уақыты Время передачи треожно-критическ значения

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 255/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Жабдықтың зертханалық паспорты журналы

Ж у р н а л

лабораторный паспорт оборудования

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды (окончен)

Жабдыктар атауы/Наименование оборудования: _____

Өндіруші зауыттың сериялық нөмірі/Серийный номер завода производителя: _____

Түгендеу нөмірі/Инвентарный номер: _____

Пайдалануға енгізу мерзімі:/ Дата ввода в эксплуатацию: _____

Пайдалануға жауапты тұлға: / Ответственное лицо за эксплуатацию : _____

Медициналық жабдыктардың ақауы туралы ақпарат / Информация о неисправности медицинского оборудования

№	Қатардан шығу күні / Дата выхода из строя	Сыну себебі / Причина поломки	Қабылданған әрекеттер / Предпринятые действия	Сыну жойылды (күні мен уақыты) / Устранение поломки (дата и время)	Анықтау / Верификация	Сервис инженерінің Т.А.Ө.. және қолы (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) и подпись сервис-инженера

Артқы жак/Обратная сторона

Калибрлеу туралы ақпарат / Информация о калибровках

№	Калибрлеу күні / Дата / калибровка	Калибрлеу себебі / Причина калибровки	Орындаған (калибрлеуді өткізген зертханашының Т.А.Ә. . (болған жағдайда)) Исполнил Ф.И.О.(при его наличии) лаборанта проводившего калибровку)	Тексерген (зертханашы дәрігердің Тегі.Аты.Әкесінің аты. (болған жағдайда)) Проверил Ф..И.О(при его наличии) врача-лаборанта)

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 404/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма № 404/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама
Направление на кроводачу, плазмаферез, цитаферез и другие.

Төлем ақылы донор

(Платный донор)

Қан тобы (группа крови) _____

Rh-факторы (Rh - фактор) _____

Донор _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при наличии)

жіберіледі (направляется на):

1) қан өткізуге (кроводача), доза _____ мл

2) плазмаферезге (дискретты, аппаратты) иммундық-изоиммундық плазма (
плазмаферез _____ (дискретный,
аппаратный), плазма иммунная - , изоиммунная) _____

керегінің астын сызу керек (нужное подчеркнуть)

3) иммундау (иммунизация) _____

түрін көрсету керек (указать вид) _____

20 ___ жыл(год) " _____ " _____ дәрігер (врач) _____

_____ қолы (подпись)

_____ кесу сызығы (линия отрыва)

(Ақылы донор

Платный донор)

Донор _____

_____ тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при наличии)

1. Қан, плазма, иммундық, изоиммундық плазма, қан жасушасын берді (керегінің астын сызу керек) (дал кровь, плазму, плазму иммунную, изоиммунную, клетки крови) (нужное подчеркнуть)

мөлшері (в количестве) _____

_____ мл

_____ жазумен (прописью)

2. Антиденелер титрі (титр антител) _____

_____ жазумен (прописью)

3. Иммундау курсы өтті (прошел курс иммунизации) _____

_____ түрін көрсетіңіз (указать вид)

20 ___ жылғы (года) " _____ " _____ Жауапты тұлға (ответственное лицо) _____

_____ қолы (подпись)

_____ Кассир немесе буфеттің жауапты тұлғасы толтырады (заполняется кассиром или ответственным лицом буфета)

Донорға (донору выданы (нужное указать):

_____ сомасында
 ақшалай өтемақы (денежная компенсация в сумме) берілді (керегін көрсетіңіз)
 жазумен (прописью)

Кассир _____ қолы (подпись)

Приложение 6 к приказу
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907
 Приложение 59
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	Б С Н б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма № 405/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

" ____ " _____ 20__ жылы донордың қан үлгісіндегі биохимиялық және иммуногематологиялық зертханалық зерттеу нәтижелерінің ведомосы

(ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за " ____ " " _____ " 20__ года

р/с № п/п	Донордың ТАӘ болған жағдайда) /ФИО при наличии донора)	Донацияның сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер донации)	Донациялау күні (дата донации)	Қанды иммуногематология зерттеу нәтижесі (результаты иммуногематологического исследования)				
				АВО бойынша қан тобы (группа крови по АВО)	Резус тиістілігі (резус принадлежность)	Фенотипі (фенотип)	Келл антигені (Келл)	Тұрақсыз антиэритроцитті антиденелер нерегулярные антиэритроциттарн антитела)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ведомосты шығар күні/уақыты (дата/время выпуска ведомости)				" ____ " _____ 20__ ж. (г.) сағат (час) ____				

Дәрігердің қолы (подпись врача)

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	Б С Н б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я Форма № 405-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сарысу үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы _____
Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____

								Трансфузиялық инфекцияларды зертханаль б ө л і м ш е с і Отделение лабораторных исследо трансфузионных инфекций			
№	Зертханалық нөмірі/ Лабораторный номер	Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О.(при наличии) донора	Дона-ция коды Код донации	Туған күні Дата рождения	Бөлім-ше Отделение	Қанды тапсыру күні Дата донации	Қорытынды нәтижені алған күні/ Дата получения окончательного результата	Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов ИХЛА/ИФА исследований на			
								АИТВ -1,2	HBV	HCV	Мерез Сифилис
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Жауапты тұлға _____ (Т.А.Ә.) (болған жағдайда)
Ответственное лицо _____ (Ф.И.О.) (при наличии) _____ подпи

Ведомосты алған күні мен уақыты _____ Бөлімінің _____ менгерушісі
Дата и время получения ведомости Заведующий отделением (подпись)

Ведомосты электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады.

Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 406/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 406/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы
Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (_____
п р и _____ н а л и ч и и)

Туған күні (Дата рождения) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

Әскери билет сериясы және номері (Серия военного билета) _____

№ _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Мекен-жайы мен телефоны (Адрес и телефон) _____

Ерекше белгілері (особые отметки)			
Фенотип/генотип (фенотип/генотип (ABO, Rh-Gr,HLA))		Антиденелер титрі (титр антител)	
Нәтижесі (результат)		Нәтижесі (результат)	
Күні (дата)		Колы (подпись)	күні дата
			колы подпись

Д о н о р д ы ң с а у а л н а м а с ы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Туған күні _____ Жынысы _____ e-mail _____

ӘАОЖ коды _____

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша) _____

Үй телефоны _____ Ұялы телефоны _____

Қызмет телефоны _____ Жұмыс орны _____

р/с №	Сұрақтар	Жауаптары
	1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 14 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 12 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	

9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	
10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	
14.	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және тағы басқа)?	
15.	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16.	Тегіңізді өзгеттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
2. Сіз төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?		
17.	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18.	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	
19.	Күрделі аллергия, астма?	
20.	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21.	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
3.Сіз жақында немесе бұрын ...?		
22.	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23.	Бұрын-сонды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24.	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
4. Әйелдер үшін қосымша		
25.	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26.	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін		
	Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; -тамыр арқылы есірткі қолданатын; -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар	

27	- өзге еркектермен (ерлер үшін) Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?
Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз	

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға тексерілетіндігіне келісімімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қабылдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана жүргізілетінін түсінемін.

Маған менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы ескертілді.

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен _____ тілінде дәрігер _____ түсіндіруімен жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы _____ Дәрігердің қолы _____

Күні _____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Ф.И.О. (при наличии) донора _____

Дата рождения _____ Пол _____ e-mail _____

Код КАТО _____

Домашний адрес (фактический и по прописке) _____

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____

Рабочий телефон _____ Место работы, учебы _____

№ п/п	Вопросы	Ответы
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 месяца) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	
14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	
16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	
	2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:	

17	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?	
18	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
19	Тяжелая аллергия, астма?	
20	Судороги или заболевания нервной системы?	
21	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?	
3. Были ли у Вас:		
22	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?	
23	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?	
24	Были ли отводы от дачи крови?	
4. Дополнительно для женщин:		
25	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	
26	Кормите ли Вы грудью?	
5. Дополнительно для самооценки:		
27	<p>Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин)</p> <p>Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?</p>	
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку	

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

(в том числе операции) и их давность) _____

1.3. Қан және оның компоненттерінің трансфузиялары (Трансфузии крови и ее компонентов)

1.4. Екпелер, егулер және олардың болған уақыты (Прививки, вакцинации и их давность)

2. Донорды тексерудің нәтижелері
(результаты текущего объективного обследования донора)*

Донация	күні	(дата	донации)	
Донацияны	ынталандыру	(ақылы/ақысыз)		
(Мотивация	донации	(платно/безвозмездно):		
Объективті	деректер	(объективные	данные):	
Шағымы		(жалобы)		
Склерасы		(склера)		
Тері	кабаты	(кожные	покровы)	
Ауыз	қуысының	сілемейлі	кабығы	
(слизистые		полости	рта)	
Артериялық	қысым	(мм	с.	б.)
(артериальное	давление	(мм	рт.	ст.))

Тамыр	соғуының	жиілігі	(минутына	соққы)
(частота	пульса	(ударов	в	минуту))
Тамыр	соғуының	сипаты	(Характер	пульса)
Тірек-қозғалыс		аппараты		
(Опорно-двигательный		аппарат)		
Лимфа	түйіндері	(Лимфатические	узлы)	
Жүрек	аускультациясы	(Аускультация	сердца)	
Өкпе	аускультациясы	(Аускультация	легких)	
Іш	қуысының	ағзалары	(Органы	брюшной
Донордың	қан	тапсыруға,	плазма(цита)ферезге,	мие-
лоэксфузияға	жарамдылығы	туралы	дәрігердің	
қорытындысы	(Заключение	врача	о	годности
донора	к	кроводаче,	плазма(цита)ферезу,	миелоэксфузии)

Т. А. Ә. (Ф. И. О.)	(болған жағдайда) (при наличии)	Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____
Туған күні (дата рождения)	_____	Келл - антигені (Келл – антиген) _____
Жынысы (пол)	_____	Гемоглобин (Гемоглобин) _____ г/л Қолы (Подпись) _____
Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі (Номер документа, удостоверяющего личность)	_____	Қан тобын бақылау (Контроль группы крови)
Әскери билет сериясы (Серия военного билета)	№ _____	Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____
Жұмыс орны (место работы)	_____	Тестілеу (ИФА тестирование на): АИТВ (ВИЧ 1,2): _____ В гепатиті (гепатит В) _____ С гепатиті (гепатит С) _____ Мерез (сифилис) _____
ӘАОЖ коды (Код КАТО):	_____	Қолы (Подпись) _____
Үйінің мекен-жайы (аудан) (Место жительства) (район))	_____	Тестілеу (ПЦР тестирование на): АИТВ (ВИЧ 1,2): _____ В гепатиті (гепатит В) _____ С гепатиті (гепатит С) _____
Ауру тарихын жинау (сбор анамнеза)	_____	Қолы (Подпись) _____ АлАт (АлАт) _____
Операциялар. Гемотрансфузиялар (Операции. Гемотрансфузии)	_____	Қолы (Подпись) _____
Дене қызуы (температура тела)	_____	Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі (результат тестирования на бруцеллез) _____
Тамыр соғуы (Пульс) _____ соққы 1 минутта (ударов в 1 м и н у т у) .	_____	Қолы (Подпись) _____
АҚҚ/АД _____ мм сын. б. (мм рт. ст).	_____	Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі (результат тестирования на бруцеллез) _____
Тері қабаты мен сілемейлі қабық (кожные покровы и видимые слизистые оболочки)	_____	Қолы (Подпись) _____
Донор тексерілді (донор осмотрен).	_____	Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі (результат тестирования на бруцеллез) _____
Сау (Здоров)	_____	Қолы (Подпись) _____
Қанды және оның компоненттерің беруге рұқсат етілді (донация крови и ее компонентов разрешена)	_____	БАДО деректері бойынша тексеру (проверка по данным ЕДИЦ): Күні (дата) _____ Қолы (Подпись) _____
Мөлшері (в дозе) _____ мл,	_____	Дайындалған қан компоненттері (заготовленные компоненты крови):
Донорды қанды және оның компоненттерің беруден шеттету себебі (причина отвода донора от донации крови и ее компонентов)	_____	_____
Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)	_____	Қан: құюға, өңдеуге жарамды, жарамсыз (астын сызу керек) (Кровь пригодна: для переливания, на переработку, бракуется (подчеркнуть))
Қан және оның компоненттері тапсыруды белгілеу (отметка о донации крови и ее компонентов):	_____	Есептен шығарылу күні мен себебі (дата и причина снятия с учета)
Взято (алынды) _____ мл	_____	20__ жылғы (года) " __ " _____
		Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)

Донордың сауалнамасы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Туған күні _____ Жынысы _____ e-mail _____

ӘАОЖ коды _____

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша) _____

Үй телефоны _____ Ұялы телефоны _____

Қызмет телефоны _____ Жұмыс орны _____

р/с №	Сұрақтар	Жауаптары
	1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 14 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 12 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	
9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	
10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	

14	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және тағы басқа)?	
15	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16	Тегіңізді өзгерттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
2. Сіз төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?		
17	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	
19	Күрделі аллергия, астма?	
20	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
3.Сіз жақында немесе бұрын ...?		
22	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23	Бұрын-сонды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
4. Әйелдер үшін қосымша		
25	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін		
27	Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; -тамыр арқылы есірткі қолданатын; -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар -өзге еркектермен (ерлер үшін) Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жаракат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?	
	Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз	

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға тексерілетіндігіне келісімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қаблдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана жүргізілетінін түсінемін.

Маған менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы ескертілді.

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен _____ тілінде дәрігер _____ түсіндіруімен жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы _____ Дәрігердің қолы _____

_____ Күні _____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Ф.И.О. (при его наличии) донора _____

_____ Дата рождения _____ Пол _____ e-mail _____

_____ Код КАТО _____

_____ Домашний адрес (фактический и по прописке) _____

_____ Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____

№ п/п	Вопросы	Ответы
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 мес) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	
14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	
16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	
	2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:	
17.	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?	
18.	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
19.	Тяжелая аллергия, астма?	
20.	Судороги или заболевания нервной системы?	
21.	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?	
	3. Были ли у Вас:	

22	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?	
23	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?	
24	Были ли отводы от дачи крови?	
4. Дополнительно для женщин:		
25	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	
26	Кормите ли Вы грудью?	
5. Дополнительно для самооценки:		
27	Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?	
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку	

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден(а) о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен (согласна) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен(а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на _____ языке врачом _____

Подпись донора _____ Подпись врача _____ Дата _____

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 63
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы

Ж у р н а л

учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови

20__ жылғы(года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
---	---

<p>1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлғатолтырады</p> <p>2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде тиісті бөлімдерге баған қосылады</p> <p>3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> <p>4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі</p>	<p>1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови</p> <p>2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется графа в соответствующие разделы</p> <p>3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> <p>4. Ведется в электронном варианте и(или) на бумажных носителях</p>
--	---

Р-к № № п/п)	Дайындау күні (дата заготовки)	Сәйкестендіру нөмірі (штрих-кодды ж.б.) Идентификационный номер (штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің (аты болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)	Группа крови и резус фактор	ҚДБ алынған қан			
					Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл)			
					Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Лейкосүзілген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилътрованная	Эритроцит жүзіндісі Эритроцитная взвесь	Лейко эритрс Эритр взв лейкоц
1	2	3	4		5	6	7	8

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 64
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 2 - 1 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің
жарамсыздығын есепке алу журналы
Ж у р н а л
учета выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и
клеток

20__ жылғы(года) " __ " _____ басталды (начато)	
--	--

<p>1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлғат о л т ы р а д ы .</p> <p>2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қ о с ы л а д ы</p> <p>3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі т и і с</p> <p>4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі</p> <p>1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию крови и ее компонентов.</p>	<p>20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталды (окончено)</p> <p>2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется в соответствующие разделы.</p> <p>3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя _____ организации.</p> <p>4. Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях</p>
---	--

Р/с № п/п	Дайындау күні (дата заготовки)	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)	Қан тобы, резус факторы Группы крови, резус фактор	ҚДБ алынған компоненттің саны Количество компонентов, полученных из ОЗК (мл)		Берілді (г)
					Жаңамүздатылған аферезді плазма (Плазма свежесамороженная аферезная)	Тромбоциттер концентраты (Концентрат тромбоцитов аферезный)	Жаңамүздатылған аферезді Плазма свежесам аферезная
1	2	3	6		7	8	9

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 65
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

министрлігі Министерство здравоохранения	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама
Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма № 413-5/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке
а л у ж у р н а л ы

Ж у р н а л

учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Жауапты адам толтырады (заполняется ответственным лицом)

2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін

(наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

(страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі (ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях)

Күні (дата)	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции до облучения)	Сәйкес тік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции после облучения)	АВО жүйесі бойынша қан тобы (группа крови по системе ABO)	Rh фактор (Rh фактор)	Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) (откуда принят компонент крови, название отделения)	Емшараға дейінгі мөлшері (объем до процедуры)	Сәулеленген қан* және он		
							Жуылған лейко филтрленген эритроцит тер (эритроциты отмытые лейкофилтрованные)	д	мл	д
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения

А 4 Формат А4	форматы	БСН	бойынша	ұйым	коды	-----
		Код организации по БИН _____				
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан		Республикасы		
		Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422/е нысанды медициналық құжаттама				
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 422/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907				

Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу

Ж у р н а л ы

Ж у р н а л

учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов

20__ жылғы(года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Жауапты адам толтырады (Заполняется ответственным лицом)

2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін

(Наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

(Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі
(Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях)

Р/с № п/п	Өнімнің коды (код продукции)	Донациялау коды (код донации)	Дайындау күні (дата заготовки)	Берілген күні және жүкқұжаттың нөмірі (дата выдачи и номер накладной)	Медициналық ұйымдар (медицинские организации)	Көлемі (объем)
1	2	3	4	5	6	7

Компоненттің атауы
(наименование компонентов)

АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі
(группа крови по системе АВО, резус принадлежность)

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения

А5 Формат А5	форматы БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің мiңдетiн атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 424/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма 424/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан компоненттерін есептен шығару туралы

А к т і н і ң №

А к т №

списания компонентов крови

20____ жылғы(года) " ____ " _____

Жарамсызқан компоненттерініріктепалуғажауаптыадамның Т.А.Ә.(болған жағдайда), қан дайындау бөлімінің дәрігері Т.А.Ә.(болған жағдайда)зерттеуші Т.А.Ә.(болған жағдайда), бухгалтердің Т.А.Ә.(болған жағдайда) қатысуларыменқан компоненттерінкелесіүлгілерііріктепалынды(В присутствии ответственного за выбраковку компонентов крови Ф.И.О.(при наличии), врача отделения заготовки крови Ф.И.О.(при наличии), лаборанта Ф.И.О.(при наличии) , бухгалтера Ф.И.О.(при его наличии)произведено изъятие следующих образцов компонентов крови):

Р/с № п /п	Донация коды (код донации)	Донордың Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) д о н о р а	Қан тобы, R h Группа крови,Rh	Қ а н компоненттерінің а т а у ы Название компонента крови	Мөлшері (мл) Кол-во (мл)	Дайындалған к ү н Д а т а заготовки	Жарамсыздық себебі Причина изъятия
1	2	3	4	5	6	7	8
Барлығы мөлшер (итогов дозах), көлемі (объем)							

Барлығы /всего:

Қан компоненттерінің атауы мөлшер/көлемі

Название компонента крови дозы/объем

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при его наличии) _____

_____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись
 Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____
 / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись
 Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____
 / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись
 Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____
 / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Приложение 6 к приказу
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907
 Приложение 68
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 24 марта 2017 года № 92

А 4 Формат А4	форматы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 425/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
1 Журналдың қанды тестілеу зертханасында және трансфузиялық инфекциясы зертханасында тіркеуші толытырады Журнал заполняется регистратором в отделе лабораторного тестирования крови 2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.	

Материалдың келіп түскен күні	Материалды зертханаға жеткізу уақыты (Время доставки образцов в	Бастап дейінгі зертханалық нөмір (Код бойынша үлгілердің саны Количество образцов по кодам	Контингент коды (Код	Үлгілер жеткізілген бөлімшелер (Отделение , откуда	Ескертпе (
--------------------------------------	--	---	--	-----------------------------	---	-------------------

Лейкоформула (Лейкоформула)

Миелоциттер % (Миелоциты %)	Таяқша ядролар % (Палочкоядерные %)	Сегментядролық % (Сегментоядерные %)	Эозинофилдер % (Эозинофилы %)	Базофилдер % (Базофилы %)	Лимфоциттер % (Лимфоциты %)	Моноциттер % (Моноциты %)	СОЭ мл/ сағ (СОЭ мл/ час)	Қс (Пс)
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 ж ы л ғ ы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации:	атауы:	Медицинская документация Форма № 425-10/ у утверждена приказом исполняющего о б я з а н н о с т и Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу

ж у р н а л ы

Ж у р н а л

регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови

20 ____ жылғы (год) "__" _____ басталды (начато)	20 ____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)
1. Журналды зертхананың жауапты адамы т о л т ы р а д ы . 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйымбасшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № № п/п	Зерттелетін үлгінің алу к ү н і (Дата забора исследуемого образца)	Донордың ТАӘ (болған жағдайда) ФИО (при наличии) донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) (Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.))	Қантобы, резус-факторы (Группа крови, резус-фактор)
1	2	3	4	5

Фракциялар (Фракции)						Зерттеукүні (Дата исследования)	Жауапты адамның қолы (Подпись ответственного лица)
Альбумин г/л	a ¹ %	a ² %	b %	g %	Альбуминоглобулиновый коэффициент		
6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 4 Формат А4	форматы	БСН бойынша ұйым коды	_____
		Код организации по БИН	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426-1/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация форма 426-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

"Иммуногематологиялық" референс – зертхананың дайындалған бақылау
панель тіркеу

Журналы

Журнал

регистрации изготовленной контрольной панели по разделу " Иммуногематология" для референс-лаборатории

20____ жылғы(года) " ____ " _____ басталды (начато)20____
жылғы(года) " ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады (Журнал заполняется ответственным лицом в лабораторииотдельно на безвозмездных и платных доноров)
- 2.Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

р/ с № № п/ п	Стандартты панельдің сәйкестендіру нөмірі , штрих-коды Идентификационный номер, штрих-код стандартной панели	Т.А.Ә.(болған жағдайда) сәйкестендіру нөмірі, КҚ донацияның штрих-коды Ф.И.О.(при наличии) идентификационный	Тестілеу әдісі			Алынған Қ Қ мөлшері Объем взятых КК	Қайдан келіп түсті Откуда поступил
			Метод	тестирования	Фенотип			результат тестирования
			АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по		Антиаэритроцитарлық антиденелерге тестеу нәтижесі Результат тестирования		

		номер, штрих-код донации КК	системе ABO		антиэритроцитарных антител		
1	2	3	4	5	6	7	8

Пайдаланған ҚК мөлшері (мл) Количество использованных КК(мл)	Гемаконда қалған ҚК көлемі (мл) Количество остатка КК в гемаконе (мл)	Стандартты панельдің саны Количество изготовленных стандартных панелей	Стандарты панельді пайдалану мерзімі Срок годности изготовленных стандартных панелей	Стандарты панельді жөнелту күні Дата отправки стандартных панелей	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14	15

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 Формат А4	форматы	БСН Код организации по БИН _____	бойынша _____	ұйым _____	коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-1/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 433-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907			

Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға
қайта зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов
сывороток
на трансфузионные инфекции

20____ жылғы (года) "____" _____ басталды(начато)	20____ жылғы (года) "____" _____ аяқталды(окончено)
1. Журналды трансфузиялық инфекцияға қанды тестілеу бөлімшесінің жауапты адамы толтырады Журнал заполняется ответственным лицом отделения тестирования крови на трансмиссивные инфекции	
2. Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі Ведется отдельно на каждый вид инфекции	
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя	

о р г а н и з а ц и и

4. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін.
Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе

Р/с № п/п	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Донация коды (Штрих коды) Код донации (штрих код)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии)	Донация нөмірі (Номер донации)	Үлгілер келген бөлімше Отделение, откуда доставлены образцы	1 - реакция				
						Қою күні Дата постановки	Реагент атауы название реагента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Қорытынды результат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

II - реакция					III - реакция					Соң қоры Окон резул
Қою күні Дата постановки	Реагент атауы Название реагента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Қою күні Дата постановки	Реагент атауы Название реагента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 73
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу
ж у р н а л ы**
(Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики
гемотрансмиссивных инфекций)

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды гемотрансмиссивтік инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады

(Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс

(страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

3. Журналды электронды түрде, дәстүрлі түрде қағаз нұсқасында толтыруға мүмкін (допускается ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе).

Р/с (№ п/ п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)	Штрих-коды (Штрих-код)	Туған күні (Дата рождения)	Контингенттің коды (Код контингента)	Мекенжайы (Адрес проживания)	Жасау күні (Дата постановки)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)		
								HIV 1.2	HBsAg	H
1	2	3	4	5	6*	7	8	9	10	11

Примечание * 6 бағана АҚТҚ 1,2 таңбалағышында зерттеу жүргізгенде кезде толтырылады (графа 6 заполняется при проведении исследований на маркеры ВИЧ1,2)

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-3/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу
ж у р н а л ы
(Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на
гемотрансмиссивные инфекции)**

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды(окончено)
1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)	
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)	

р/ с № (№ п/ п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)	Донация коды (Код донации)	Контингент коды (Код контингента)	Сарысу қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)	Циклдың пулы (ПЦР пул)			ПЦР үлгісі (ПЦР обі)		
						Күні (Дата)	Циклдың пулы (Цикл пула)	ВКО циклы (Ішкі бақылау үлгісі) (Цикл ВКО (внутренний контрольный образец))	Күні (Дата)	Циклдың үлгісі (Цикл образца)	ВКО (Ішкі бақылау үлгісі) (Цикл внут конт обра
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы
Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды трансфузиялық инфекцияға қанды тестілеу бөлімшесінің жауапты адамы толтырады
 Журнал заполняется ответственным лицом отделения тестирования крови на трансмиссивные инфекции
 2. Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі
 Ведется отдельно на каждый вид инфекции
 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
 Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя
о р г а н и з а ц и и
 4. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін.
 Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе

Р/с № п/п	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) сотрудняка	Штрих коды Штрих код	Туған күні Дата рождения	Бөлімше Отделение	Жасау күні Дата постановки	Тестілеу нәтижелері Результаты тестирования				Ескертпе Примечан
							ИХЛТ / ИХЛА НІV 1.2	ИХЛТ / ИХЛА HbsAg	ИХЛТ / ИХЛА HCV	ИХЛТ / ИХЛА Мерез Сифилис	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 6 к приказу
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907
 Приложение 76
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 24 марта 2017 года № 92

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-7/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының
 мониторингін тіркеу журналы**
**(Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к
 ВИЧ)**

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____
 басталды (начато) аяқталды(окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

р/с (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) (ФИО) (при наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Донация коды (Код донации)	Контингенттің коды (Код контингента)	Сары су қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7

I реакция (I – реакция)					II реакция (II – реакция)				
Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)	Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)
8	9	10	11	12	13	14	15	16	16

III реакция (III – реакция)					Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	Сынаманы ЖИТС орталығына жіберу күні (Дата отправки пробы в центр СПИД)	ЖИТС орталығының нөмірі (№ центра)
Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)			
18	19	20	21	22	23	24	25

ЖИТС орталығының нәтижесі (Результат Центра СПИД)				Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	Ескертпе (Примечание)	Қолы (Подпись)
Күні (Дата)	Зертханалық нөмірі (ИФТ, ИБ) (Лабораторный номер (ИФА, ИБ))	Нәтижесі (Результат)	Нәтижесі (Результат)			
26	27	28	29	29	30	31

Приложение 6 к приказу
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан

п)	при наличии)	)	(код донации)	(код контингента)	забора пробы)	HIV 1.2)	HBsAg)	ИХЛА HCV)	Сифили)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Тізімді толтырған күні " ____ " _____ 20 ж. Зерттелген күні " ____ " _____ 20 ж

(дата заполнения списка) (дата исследования)

Жолдаманы толтырған тұлғаның қолы _____ Дәрігердің қолы _____

(подпись лица заполнившего направление) (подпись врача)

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 4 Формат А4	форматы	БСН бойынша ұйым коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы	Код организации по БИН _____ Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 437/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	атауы	Медицинская документация форма 437/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан компоненттері мен препараттарын өндіру үшін негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарды кіріс бақылау журналы

Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды(начато)	20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды(окончено)

1. Шикізат түсу барысында сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады.

Заполняется отделением контроля качества (ОКК) по мере поступления сырья

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

р/с № п/п	К ү н і Дата	Кіріс бақылау өкілінің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) представителя входного контроля	Өнім беруші Поставщик	Түскен материалдардың атауы, Наименование поступивших материалов	Сериясының немесе партияның №, № серии или партии	Жарамдылық мерзімі С р о к годности	Сыртқы түрі Внешний вид
1	2	3	4	5	6	7	8

Қаптамасы Упаковка	Таңбасы Маркировка	Төлқұжаттың немесе сертификаттың бар болуы Наличие паспорта или сертификата	Өндіруші ұйым Организация-изготовитель	Зерттеуді жүргізген зертхананың атауы Наименование лаборатории, проводившей исследование	Зерттеу нәтижелері (акт №, қорытынды) Результаты исследований (№ акта, заключение)	К Б маманының қолы, күні Подпись специалиста, проводившего ВК, дата
9	10	11	12	13	14	15

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

А 4 формат А4	форматы	БСН бойынша ұйым коды	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация форма 446/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

Донорлық / дербес сақтауға арналған кіндік қан үлгілерін банктеу процедурасын тіркеу журналы (Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения)

--	--

20__ жылғы(года) " __ " __ басталды(начато) 20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталды(окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории)
 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

Р/с № (№ п/п)	Кіндік қанды жинау(күні, уақыты, жинау орыны) (Сбор плацентарной крови (дата, время, место сбора))	Кіндік қанды жеткізу (күні, уақыты) (Доставка плацентарной крови (дата, время))	Донор-әйел және нәресте туралы мәліметтер (Данные о женщине-доноре и новорожденном)		Кіндік қан жөніндегі мәліметтер (жалпы, жұмыс, таза салмағы, дозада*10 ⁹ ЯЖ) (Данные по ПК (общий, рабочий, чистый вес, ЯСК, *10 ⁹ в дозе))	Донордың перифериялық қанның трансфузиялық инфекцияларға тексері нәтижелері (Результаты обследования периферической крови донора на трансфузионные инфекции)				
			Аты-жөні(болған жағдайда) туған күні, қан тобы, резус, ұлты, мекен жайы ФИО(при его наличии) дата рождения, группа крови, Rh , национальность , домашний адрес)	Жүктілік, босану реті (Беременность , роды по счету) Нәрістің жынысы және салмағы (Поли вес ребенка)		Маркерлер	Күні (Дата)	Зерттеу (№ исследования)	№	Нәтижесі (Результат)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
						АИТВ-1,2 (ВИЧ-1,2)				
						ВГВ				
						ВГС				
						Мерез (Сифилис)				
						ПТР (ПЦР)				

Имуногематологиялық зерттеу күні және нәтижелері	Процессингке рұқсат беру жөнінде белгі Рұқсат берілген жағдайда штрих-код қою / жарамсыз жағдайда – себебін көрсету (Отметка о	Өнім (ГДЖ үлгісі) туралы мәлімет (Данные о продукте (образце ГСК))		HLA-типирлеу нәтижелері (Результаты	Алу (бақылау және трансплатац беру) (Дата изъят
		Процессинг және криоконсервация туралы мәліметтер бөліп алу әдісі, мұздату күні, сақтау орны (криомұздатқыш) (Данные о	Көлемі , мл ЯЖ, дозада *10 ⁷ CD34+ , % CD34+ , *10 ⁶ /кг (

(Дата и результаты иммуногематологического исследования)	допуске к процессингу. В случае допуска присвоить штрих-код, при выбраковке - указать причину)	процессинге и криоконсервации, метод выделения, дата заморозки, место хранения (криохранилище))	Объем, мл ЯСК, *10 ⁷ в дозе (CD34+, % CD34+, *10 ⁶ /кг)	стерильность (дата получения результата, № анализа, результат))	HLA-типирования)	выдачи и контроль, транспланта))
11	12	13	14	15	16	17
Анасы (Мать)						
Кіндік қаны (Плацентарная кровь)						

Приложение 7-1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907
Приложение 80
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 24 марта 2017 года № 92

Денсаулық сақтау ұйымдарының есеп медициналық құжаттамасының формалардың тізімі және

оларды сақтау мерзімдері/

Перечень форм первичной учетной медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения

1. Стационарда қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/
Медицинская учетная документация, используемая в стационаре

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
2	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 01/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
3	Туберкулезге шалдыққан ІV категориялық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 01/у – категория IV	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
4	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) Журнал регистрации больных туберкулезом область, город, район	ТБ 03/у	А4	Журнал	5 жы лет

5	Туберкулезбен ауыратын iv санаттағы науқастарды тіркеу журналы/ Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 11/у	A4	Журнал	5 жы лет
6	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне) Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций)	ТБ 12/у	A4	Журнал	5 жы лет
7	Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды к а р т а / Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов	ТБ 19/у	A4	Бланк	3 жы года
8	Жөнелтпе құжат/ Накладная	ТБ 20/у	A4	Бланк	3 жы года
9	Стационарлық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта стационарного больного	003/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жы лет
10	Жүктілікті үзудің медициналық картасы/ Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
11	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов	005-2/у	A4	Журнал	5 жы лет
12	Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях	005-4/у	A4	Журнал	5 жы лет
13	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы/Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	A4	Журнал	5 жы лет
14	Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы/ Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	A4	Бланк	1 жы год
15	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы/ Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/у	A4	Журнал	50 жы лет
16	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред	009/у	A4	Журнал	5 жы лет
17	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы/ Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов	009-1/у	A4	Журнал	5 жы лет
18	Стационарда босануды жазу журналы/Журнал записи родов в стационаре	010/у	A4	Журнал	25 жы лет
19	Патологогистологиялық зерттеуге жолдама (материалдың жолданған күні мен сағаттары)/Направление на патологогистологическое исследование	014/у	A5	Бланк	1 жы год
20	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	015/у	A4	Журнал	5 жы лет
21	Биологиялық өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации биологической смерти	017/у	A5	Бланк	25 жы лет
22	Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі/Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации	018/у	A5	Бланк	25 жы лет
23	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации смерти на основании смерти мозга	019/у	A4	Бланк	25 жы лет

24	Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек алуға жолдама / Направление на получение специализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне	021/y	A5	Бланк	5 жы лет
25	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) о қ и ғ а л а р д ы т і р к е у журналы/ Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении) и учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделении)	022/y	A4	Журнал	5 жы лет
26	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы/ Журнал учета консервированного костного мозга	024/y	A4	Журнал	25 жь лет
27	Қатерлі ісік пенауырған стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме /Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/y	A4	Бланк	10 жь лет
28	Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын хаттама /Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования клиническая группа IV	027-2/y	A4	Бланк	5 жы лет
29	Материалды цитологиялық зерттеуге жолдама/ Направление материала на цитологическое исследование	027-3/y	A5	Бланк	5 жы лет
30	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты/ Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	034/y	A5	Бланк	25 жь лет
31	Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың медициналық қорытындысы № _____ / Медицинское заключение № _____ по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным психическим расстройством заболеванием	056/y	A4	Бланк	25 жь лет
32	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы / Статистическая карта выбывшего из стационара	066/y	A4	Бланк	1 жы год
33	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара	066-1/y	A4	Бланк	1 жы год
34	Онкологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из онкологического стационара	066-2/y	A4	Бланк	1 жы год
35	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара	066-3/y	A4	Бланк	1 жы год
36	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге)/ Статистическая карта выбывшего из стационара (беременной, родильницы и новорожденного (мертворожденного))	066-5/y	A4	Бланк	1 жы год
37	Босану тарихы/ История родов	096/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жь лет
38	Нәрестенің даму тарихы/ История развития новорожденного	097/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жь лет

39	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы	102/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жы лет
----	---	-------	----	--------------------	-------------

2. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

Р/ с № № п/ п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Консультацияға, диагностикалық зерттеуге жолдама / Направление на консультацию, диагностическое исследование	001-4/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
2	Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйін медициналық куәландыруды тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинского освидетельствования для установления психоактивного вещества и состояния опьянения	022-2/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
3	Тәуелсіз сарапшының есеп картасы / Учетная карта независимого эксперта	023/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
4	Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме / Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	A5	Бланк	3 жыл/ года
5	Ем шараларды есепке алу журналы / Журнал учета процедур	029/у	A4	Журнал	1 жыл/ год
6	Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы / Журнал учета разведенных цитостатиков	029-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы / Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	035/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
8	Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы / Заключение врачебно – консультационной комиссии	035-1/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
9	Анықтама / Справка	035-2/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
10	ЕурАзЭЖ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды (Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС)	035-3/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
11	Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы / Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование	035-4/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
12	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы / Книга регистрации листов нетрудоспособности	036/у	A4	Кітап (Книга)	(3 жыл/ года
13	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы / Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	038/у	A4	Журнал	1 жыл/ год

14	Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі / Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии	039-5/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
15	Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы эндоскопического отделения кабинета	039-7/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
16	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал работы отделения кабинета функциональной диагностики	039-8/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
17	Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің) күнделігі/ Дневник физиотерапевтического отделения кабинета	046/y	A3	Бланк	1 жыл/ год
18	Рентгенологиялық, ультрадыбыстық (УДЗ), компьютерлік-томографиялық (КТ) және магниттік-резонанстық томографиялық (МРТ) зерттеулерді жазу журналы / Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований	050/y	A4	Журнал	6 жыл/ лет
19	Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии	051-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
20	Инфекциялық, паразиттік ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, екпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы шұғыл хабарлама / экстренное извещение об инфекционном, паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
21	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы / журнал учета инфекционных заболеваний	060/y	A5	Журнал	3 жыл/ года
22	Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту/ Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
23	Әлеуметтік-медициналық сараптамаға жолдау / направление на медико-социальную экспертизу	088/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
24	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы / журнал регистрации и реабилитации инвалидов	088-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
25	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі / Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	088-2/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
26	Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекции, передающейся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
27	Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы Мәлімдеме / Извещение о больном с впервые в жизни	090/y	A4	Бланк	

	установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования				3 жыл/ года
28	Ағза (ағза бөлігінің) реципиенттің туралы М ә л і м д е м е / Извещение о реципиенте органа (части органа)	090-1/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
29	ГБО сеанстарын тіркеу журналы / Журнал регистрации сеансов ГБО	093-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
30	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті ұйытқанға уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы Анықтама / Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	094/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
31	Анықтама студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы / Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	095/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
32	Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _ анықтама / Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности	095-2/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
33	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы / Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром	099-3/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
34	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/ Заключение судебно-психиатрической экспертизы	100/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
35	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру Қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	101/y	A5	Бланк	дмн*
36	ИКСИЭЖҰ шарасын өткізу хаттамасы / Протокол проведения процедуры ЭЖО ИКСИ	103/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
37	Медициналық туу туралы куәлік/ Медицинское свидетельство о рождении	103-12 / y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
38	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық к у ә л а н д ы р у д ы ң Қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/y	A4	Бланк	дмн*
39	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық с а р а п т а м а н ы тіркеу журналы / Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
	Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қ ы л м ы с т ы қ				

40	және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді т і р к е у журналы / Журнал регистрации приема, выдачи дел уголовных и гражданских и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий	105-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
41	Медициналық қызметтерді көрсету ақаулары есепке алу картасы (МҚАЕ) / Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	106/у	A4	Бланк	дмн*
42	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о смерти	106 -12/у	A4	Бланк	15 жыл/ лет
43	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2 -12/ у	A4	Бланк	15 жыл/ лет
44	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы / Обменная карта беременной и родильницы	113/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
45	ЭҚҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/у	A4	Бланк	1 жыл / год
46	Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы / Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций	135/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
47	АИТВ-инфекциясына қан алуды есепке алу журналы / Журнал учета забора крови на ВИЧ – инфекцию	136/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
48	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста, занимающегося научной, научно-педагогической, руководящей работой в здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
49	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137-1/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
50	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137-2/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
51	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы / Карта учета, родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	2009/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
52	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы / Карта учета материнской смертности	2009-1/у	A4	Бланк	1 жыл/ год

3. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация, используемая в амбулаторно-поликлинических организациях

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Стационарға*, күндізгі стационарға** емдеуге жатқызуға жолдама / Направление на госпитализацию в стационар, в дневной стационар	001-3/y	A4	Бланк	1 жыл/год
2	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы / Медицинская карта амбулаторного пациента	025/y	A4	Дәптер/Тетрадь	25 жыл/лет
3	Дәрігердің қабылдауына арналған талон / Талон на прием к врачу	025-4/y	A5	Бланк	1 жыл/год
4	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5/y	A5	Бланк	1 жыл/год
5	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (Скринингтің) статистикалық картасы/ Карта профилактического осмотра (скрининга ребенка)	025-7/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
6	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы / Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента	025-8/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
7	Баланың медициналық картасы(Мектеп, мектеп-интернат, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін) / Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского сада, яслей-сада)	026/y	A5	Дәптер/Тетрадь	10 жыл/лет
8	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (қыз бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (девочка)	026-1/y	A4	Дәптер/Тетрадь	10 жыл/лет
9	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (ұл бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (мальчик)	026-2/y	A4	Дәптер/Тетрадь,	10 жыл/лет
10	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы / Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y	A5	Бланк	5 жыл/лет
11	"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы (Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С")	030-1/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
12	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы / Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством	030-2/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
13	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) / Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
14	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы / Книга записи вызовов врачей на дом	031/y	A4	Кітап (Книга)	3 жыл/года

15	Үйде босануды жазу журналы / Журнал записи родовспоможения на дому	032/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
16	Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің стоматолог- (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета	037/y	A5	Бланк	1 жыл/год
17	Ортопед (ортодонт) стоматолог- дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта))	037-1/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
18	Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу ведомосы / Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому	039/y	A5	Бланк	1 жыл/год
19	Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пункттiң орташамедициналық персоналына қаралуды есепке алу ведомосы / Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта	039-1/y	A5	Бланк	1 жыл/год
20	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының Жиынтық ведомосы / Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	039-2/y	A4	Бланк	1жыл/год
21	Стоматолог-ортодонт-дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта)	039-3/e	A4	Бланк	1 жыл (год)
22	Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда)	039-4/e	A3	Бланк	1 жыл (год)
23	Емхананың/әйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы / Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/женской консультации	039-6/y	A4	Журнал	1 жыл/год
24	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы / Медицинская карта стоматологического больного	043/y	A5	Дәптер/Тетрадь	5 лет
25	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы / Карта обратившегося за антирабической помощью	045/y	A5	Бланк	3 года
26	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу журналы / Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/y	A4	Журнал	1 жыл/год
27	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы / Карта профилактических флюорографических обследований	052/y	A5	Бланк	1жыл/год
28	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы / Лечебная карта допризывника	053/y	A4	Бланк	5 жыл/лет

29	Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) / Именной список допризывников для систематического лечения	054/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
30	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг)	055/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
31	Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы / Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	055-1/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
32	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны / Талон прикрепления к медицинской организации	057/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
33	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік – бақылау картасы / Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	3 жыл/ года
34	Профилактикалық екпелердің картасы / Карта профилактических прививок	063/y	A5	Бланк	5 жыл/ лет
35	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок	064/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
36	Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок новорожденным роддома	064-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
37	Вакциналар қозғаласының журналы / Журнал движения вакцин	064-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
38	Жыныстық аурумен ауыратын науқастың медициналық картасы / Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
39	Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың медициналық картасы / Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/y	A5	Журнал	3 жыл/ года
40	Жаппай басқа іс шаралары, спорттық іс шаралары және дене шынықтыру сабақтарында көрсетілген медициналық көмекті тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях	067/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
41	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы / Журнал записи амбулаторных операций	069/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
42	Жолдама алуға анықтама / Справка для получения путевки	070/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
43	Медициналық қорытынды / Медицинское заключение	071/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
44	Санаторийлік - курорттық карта / Санаторно-курортная карта	072/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
45	Балалар санаторийіне жолдама / Путевка в детский санаторий	077/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
46	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы / Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/y	A5	Бланк	

47	Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы / Амбулаторная карта больного туберкулезом	081/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
48	Медициналық анықтама (Шет елге шығушыға) / Медицинская справка для выезжающего за границу	082/у	A5	Бланк	
49	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама / Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	083/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
50	Көлік құралын басқаруға анықтама беру және одан бас тартуларды тіркеужурналы / Журнал регистрации предоставления и отказов в выдаче медицинской справки на право управления транспортным средством	083-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
51	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы / Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	A5	Бланк	3 жыл/ года
52	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/у	A5	Бланк	3 жыл/ года
53	Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық тексеруге жолдама (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Направление на предварительный, периодический или дополнительный медицинский осмотр для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия	108/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
54	Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	108-1/у	A4	Бланк	3 жыл/ года
55	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы / Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
56	Баланың даму тарихы (ұл бала)/История развития ребенка (мальчик)	112/у-м	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
57	Баланың даму тарихы (қыз бала)/История развития ребенка (девочка)	112/у-д	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
58	20 ____ жыл үшін наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с наркологического диспансера за 20__ год	127/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
59	20 ____ жыл үшін психоневрологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с психоневрологического диспансера за 20__ год	127-1/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
60	20 ____ жыл үшін туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с противотуберкулезного диспансера за 20__ год	129/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
61	Тегін немесе жеңілдікті рецепт / Рецепт бесплатный, платный или льготный	130/у	A6	Бланк	1 жыл/ год

62	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы а н ы қ т а м а / Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	138/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
63	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы /Журнал регистрации амбулаторных больных	278/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
64	Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы / Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета	278-1	A4	Журнал	3 жыл/ года
65	Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары / Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу	278-2	A4	Журнал	3 жыл/ года
66	Туберкулезді күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 15/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
67	Диспансерлік контингентті бақылау картасы / Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 16/y	A5	Бланк	5 жыл/ лет

4. Басқа түрлердің медициналық ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация других типов медицинских организаций

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	А И Т В - и н ф е к ц и я с ы н жұқтырғандардың (ИБ (+) ТІРКЕУ журналы/Журнал регистрации ИБ + ВИЧ-инфицированных	060-2/y	A4	Журнал	дмн*
2	Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы / Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи	110/y	A5	Бланк	2 жыл/ года
3	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы / Сигнальный лист участковому врачу	110-1/y	A5	Бланк	2 жыл/ года
4	Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы / Карта вызова бригады санитарной авиации	110-2/y	A5	Бланк	2 жыл/ года
5	Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)/ 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) №_	114/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
	Шақыртулардың қабылдануын, САОМБ (Санитарлы авиация орталығының мобильді бригадасы) орындауын тіркеу ж у р н а л ы /				

6	Ж у р н а л регистрации приема вызовов, их выполнение МБСА(Мобильная бригада санитарной авиации)	117/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Санитариялық ұшуға тапсырма / Задание на санитарный полет	118/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
8	№ ___ Оралымды мәлімдеме / Оперативная заявка № _	118-1/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
9	Тапсырма (Консультант-дәрігерге) Тапсырманы орындау туралы анықтама / Задание врачу-консультанту. Справка о выполнении задания.	119/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
10	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы / Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
11	Қан үлгілерін ифт әдісімен аитв-ға антиденелеріне зерттеуге №___ тізімдік жолдама / Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ	264/y	A5	Бланк	1жыл/ год
12	Вирусқа қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на ПЦР для определения провирусной ДНК ВИЧ)	264-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
13	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы / Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ	264-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
14	АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын анықтау нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ / Журналрегистрации результатов на пределение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам	264-10/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
15	ИФТ әдісімен зерттеуге түскен материалды тіркеу журналы/ Журнал регистрации материала, поступившего на исследование	266/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
16	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ)	267/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
17	___ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу ж у р н а л ы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _	267-3/e	A4	Журнал	3 жыл (года)
18	ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының қозғалысын тіркеу журналы / Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных	268/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
19	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы / Журнал обеззараживания инфицированных материалов	269/y	A4	Журнал	2 жыл/ года
20	АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (ЖИТС РО диагностикалық зертханасы) № ___ / Результат исследования на антитела к ВИЧ (диагностическая лаборатория РЦ СПИД) №	270/y	A5	Бланк	1 жыл/ год

21	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции	270-2/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
22	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы / Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей	270-3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
23	АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы / Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ	270-4/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы / Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ – инфицированным пациентам	270-5/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
25	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы / Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	270-6/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
26	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории	271/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
27	АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналы / Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ	272/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
28	ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы Журнал регистрации и учета результатов сыворотоккрови, поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД	272-1/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
29	1.1.1.1.2 АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы / Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	275/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
30	Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі / Дневник учета работы врача-лаборанта	277/y	A3	Бланк	1 жыл/ год
31	Бракераждық журнал / Бракеражный журнал	280/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
32	Қанды CD- 4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама / Направление № _____ на исследование крови на CD-4, CD-8	281/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
33	CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы / Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8	281-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года

5. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация лабораторий в составе медицинских организаций

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

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	(№_____ сериялы бакылаудағы сарысудың қайтаөндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін) бакылау картасы / Контрольная карта (контроль воспроизводимости результатов исследования параметров контрольной сыворотки серии №)	200/y	A5	Бланк	1 жыл/год
2	Қан талдауына жолдама / Направление на анализ крови	201/y	A5	Бланк	1 жыл/год
3	Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама / Направление на микробиологическое исследование (первичное, повторное)	204/y	A5	Бланк	1 жыл/год
4	Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы / Результат иммуногематологического исследования крови пациента	206/y	A5	Бланк	5 лет
5	Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (АВО бойынша қан тобы, резус-тиістілік/фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) жолдама. Қанды иммуногематология зерттеуге кенес беру нәтижесі №_ / Направление на консультативные иммуногематологические исследования крови (группа крови по АВО, резус-принадлежность/фенотип, нерегулярные антиэритроцитарные антитела/идентификация, антиглобулиновый тест прямой. Результат консультативного иммуногематологического исследования	207/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
6	Несеп талдауы / Анализ мочи	210/y	A5	Бланк	25 жыл/лет
7	Қақырық талдауы / Анализ мокроты	216/y	A6	Бланк	25 жыл/лет
8	Плевралық сұйықтығының талдауы / Анализ плевральной жидкости.	216-2/y	A6	Бланк	25 жыл/лет
9	Қуық асты безі секретінің талдауы / Анализ секрета простаты	217/y	A5	Бланк	25 жыл/лет
10	Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының микроскопиялық нәтижесі (ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу)/ Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и прямой кишки (РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по Романовскому)	218/y	A5	Бланк	25 жыл/лет
11	Нәжіс талдауы/ Анализ кала	219/y	A5	Бланк	25 жыл/лет

12	Асқазан сұйықтығының талдауы Фракциялық зерттеу / Анализ желудочного содержимого (фракционное исследование)	221/y	A5	Бланк	25 жыл/ лет
13	Ұлтабарды сүңгілеу қартасы / Карта дуоденального зондирования	222/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
14	Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого)	222-1/e	A6	Бланк	25 жыл/ лет
15	Жұлын сұйықтығының талдауы / Анализ спинномозговой жидкости	223/y	A5	Бланк	25 жыл/ лет
16	Сүйек кемігі пунктатының талдауы / Анализ пунктата костного мозга	227/y	A5	Бланк	25 жыл/ лет
17	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)	240/e	A4	Бланк	25 жыл/ лет
18	Ыдыстар мен коректік орталардыбақылау журналы / Журнал контроля посуды и питательных сред	240-4/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
19	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	240-5/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
20	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	240-6/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
21	Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру	240-7/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
22	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	240-8/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
23	Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей	240-9/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
24	Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на малярию	240-10/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
25	Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на эхинококк	240-11/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
26	Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы / Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук	240-12/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
27	Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца	240-13/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
28	Уытты күл дақылын қайта себу журналы / Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии	240-14/y	A4	Журнал	1 жыл/ год

29	Стафилококкты фаготиптеу журналы / Журнал фаготипирования стафилококка	240-15/y	A4	Журнал	1 жыл/год
30	Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы / Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии	240-17/y	A4	Журнал	1 жыл/год
31	Бастапқы сынама қозғалысының журналы / Журнал движения первичной пробы	250-1/y	A4	Журнал	3 жыл/года
32	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы / Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер	250-2/y	A4	Журнал	3 жыл/года
33	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы / Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин	250-3/y	A4	Журнал	3 жыл/года
34	Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы/ Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/y	A4	Журнал	1 жыл/год
35	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований	253/y	A4	Журнал	1 жыл/год
36	Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований смывов на стерильность	253-1/y	A4	Журнал	1 жыл/год
37	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы / Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	253-2/y	A4	Журнал	1 жыл/год
38	Микроорганизмдердің химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған зерттеулер мен олардың нәтижесін тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/y	A4	Журнал	3 жыл/года
39	Жабдықтың зертханалық паспорты журналы / Журнал лабораторный паспорт оборудования	255/y	A4	Журнал	
40	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы / Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/y	A4	Журнал	1 жыл/год
41	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы / Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового автоклава	257/y	A4	Журнал	1 жыл/год
42	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы / Рабочий журнал исследований на стерильность	258/y	A4	Журнал	1 жыл/год
43	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы / Журнал регистрации серологических исследований	259/y	A4	Журнал	1 жыл/год
44	Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау) журналы / Журнал регистрации серологических исследований диагностика сифилиса	260/y	A4	Журнал	3 жыл/года
45	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/y	A4	Бланк	1 жыл/год

46	Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы / Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/y	A4	Журнал	1 жыл/год
47	кіріс бақылау актісі / Акт входного контроля	263/y	A5	Бланк	1 жыл/год
48	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі / Акт приема - передачи образцов для исследования	283/y	A5	Бланк	1 жыл/год
49	Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін) / Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП	ТБ 04/y	A4	Журнал	3 жыл/года
50	Қақырықты туберкулез микобактериясына тексеруге жіберетін жолдама / Направление на проведение исследования мокроты на наличие микобактерий туберкулеза	ТБ 05/y	A4	Бланк	3 жыл/года
51	ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама (Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06/y	A4	Бланк	3 жыл/года
52	ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама (Направление на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06А/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
53	Қақырықты Хpert МТВ/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама (Направление на лабораторное исследование мокроты на Хpert МТВ/RIF)	ТБ 06Б/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
54	Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований)	ТБ 17/y	A4	Журнал	3 жыл/года
55	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ)	ТБ 18/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
56	ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС)	ТБ 24/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
57	НАIN тест және ХpertМТВ/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов НАIN-теста и ХpertМТВ/RIF)	ТБ 25/е	A4	Журнал	3 жыл (года)

6. Қан қызметі ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы/
Медицинская учетная документация организации службы крови

Р/с № №	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/	Формат	Сақтау мерзімі/

п/ п		Номер формы		Құжаттың түрі/Вид документа	Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Ж о л д а м а (Направление (донору на ФГ))	400/е	А6	Бланк	5 жыл (лет)
2	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы))	402/у	А6	Бланк	5 жыл/лет
3	Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама / Направление на кроводачу, плазмаферез, цитоферез и другие.	404/у	А6	Бланк	5 жыл/лет
4	" " № ___ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы / Ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за " ___ " " _____ " 20 ___ года	405/у	А4	Бланк	5 жыл/лет
5	___ күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____)	405-1/у	А4	Бланк	5 жыл/лет
6	Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы _/Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____	405-2/у	А4	Бланк	5 жыл/лет
7	Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы / Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов	406/у	А6	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/лет
8	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы / Медицинская карта донора крови и ее компонентов	407/у	А4	Бланк	1 жыл/год
9	Донорларды иммундауемшараларын тіркеу журналы / Журнал регистрации процедур иммунизации доноров	408/у	А4	Журнал	5 жыл/лет
10	Донорларды иммундауды есепке алуведомосы / Ведомость учета иммунизации доноров	409/у	А5	Бланк	1 жыл/год
11	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігіжурналы / Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве	410/у	А4	Журнал	5 жыл/лет
12	Донорлар мен науқастарды типтеу журналы / Журнал типирования доноров и больных	410-1/у	А4	Журнал	1 жыл/год
13	HLA-типтеунәтижесі / Результат hla-типирования	410-2/у	А4	Журнал	1 жыл/год
14	HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами	410-4/у	А4	Журнал	1 жыл/год
15	SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования	410-5/у	А4	Журнал	1 жыл/год

16	Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования	410-6/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
17	HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования	410-7/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
18	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема и выдачи анализов	410-8/y	A4	Журнал	3 года
19	Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама / Направление на определение лейкоцитарных антител	410-9/y	A5	Журнал	1 жыл/ год
20	HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама / Направление на типирование по HLA-системе	410-10/y	A5	Журнал	1 жыл/ год
21	"Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама / Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч"	410-11/y	A5	Журнал	3 жыл/ года
22	Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынама сына жолдама / Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе	410-12/y	A5	Журнал	1 жыл/ год
23	"кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "кросс-матч"	410-14/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы / Журнал учета заготовки донорской крови	411/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
25	Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсыздығын шығару журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови	411 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
26	Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитофереза	412/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
27	Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығын есепке алу журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток	412 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
28	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови	413/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
29	Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови	413 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
30	Донор плазмасынан криопресипитатты өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства криопресипитата из донорской плазмы	413 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
31	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной	413 -3/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
32	Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства эритроцитов замороженных	413 -4/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет

33	Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов	413 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
34	Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы	413 -6/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
35	Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы / Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов	413 -7/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
36	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы / Журнал производства криоконсервированных компонентов крови	414/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
37	Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении	415/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
38	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы растворной	416/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
39	Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына бергенөтінімдерін есепке алу журналы / Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные среды	417/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
40	Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығыбойынша есептен шығаруды тіркеу журналы / Журнал регистрации списания компонентов крови по браку	418/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
41	Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку	418-1/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
42	Карантиндеудегі лейкосүзілгенплазманы тіркеу журналы / Журнал регистрации плазмы _____ вид плазмы, находящейся на карантинизации	419/y	A3	Бланк	1 жыл/ год
43	Карантиндеудегі _____ (плазманың түрі) плазманың кірісі мен шығысының журналы / Журнал прихода и расхода плазмы _____ (вид плазмы), находящейся на карантинизации	420/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
44	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегіөтінім / Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе	421/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
45	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов – эритроцитов	422/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
46	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналы/ Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	422 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
47	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата	422 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
48	Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов	422 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

49	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов	422 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
50	Қан препараттардын босатуды есепке алу журналы / Журнал учета выдачи препаратов крови	422 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
51	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және каналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесібойынша қозғалысын есепке алуведомосы / Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	423/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
52	Қан компоненттерін есептен шығару туралы Акті / Акт списания компонентов крови	424/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
53	Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	425 /y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
54	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы / Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров	425 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
55	Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических и клинических исследований донорской крови)	425 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
56	МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО)	425 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
57	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы / Журнал изготовления стандартных консервированных эритроцитов	425 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
58	Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови	425 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
59	Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови)	425 -6/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
60	Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови	425 -8/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
61	Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови	425 -9/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
62	Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови	425 -10/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
63	"Референс-зертханалары үшін "Имуногематология" бөлімі бойынша дайындалған бақылау панелін тіркеу журналы / Журнал регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Имуногематология" для референс-лаборатории"	426-1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

64	Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды есепке алу картасы / Карта учета крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов	427/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
65	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/е	A4	Журнал	5 жыл/ лет
66	Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	433-1/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
67	Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы / Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций	433 -2/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
68	Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы / Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	433 -3/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
69	Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции	433 -4/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
70	Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции	433 -5/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
71	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы / Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	433 -7/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
72	Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама/ Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции	433 -8/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
73	Өнімді мұздату процесін жазу журналы / Журнал записи процесса замораживания продукта	434/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
74	Плазманың түсуін тіркеу журналы / Журнал регистрации поступления плазмы	434 -1/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
75	Плазманы фракциялауға беру журналы / Журнал передачи плазмы на фракционирование	434 -2/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
76	Өнім қозғалысының журналы / Журнал движения продукции	434 -3/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
77	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісі журналы / Журнал технологического процесса производства раствора альбумина	434 -4/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет
78	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісі журналы / Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека	434 -5/у	A4	Журнал	10 жыл/ лет

79	Жөнелтпе құжаттың №__ (Накладная №__ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) / Наименование плазмы и ее количество в литрах)	434 -6/y	A4	Бланк	10 жыл/лет
80	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу/ журналы / Журнал записи процесса лиофилизации продукта	435/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
81	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови	436/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
82	Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісінің тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы / Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	436 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
83	ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу Ж У Р Н А Л Ы / Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	436 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
84	Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы / Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови	437/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
85	Шөлмектер мен тығындарды өңдеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок	438/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
86	Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК)	439/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
87	Қан компоненттерінің, препараттарының, каналмастырғышзаттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу АҚТІСІ / Акт отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества	439-4/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
88	Биологиялықбақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов биологического контроля	440/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
89	Препараттарды, ерітінділер мен инъекцияға арналған суды фс (вфс)-ке сәйкестексеру нәтижелерін және талдау төлқұжаттарының берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и воды для инъекций в соответствии с ФС ВФС и выдачи аналитических паспортов	441/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
90	Талдау төлқұжаты / Аналитический паспорт	442/y	A4	Бланк	қ у а дмн*

91	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции	443/у	А4	Журнал	қ у а дмн*
92	Сапаны бақылау бөлімшесі (сбб) жарамсыз деп тапқан қан препараттарын тіркеу журналы / Журнал регистрации препаратов крови, забракованных отделением контроля качества (ОКК)	444/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
93	а л у Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке журналы / Журнал учета рекламации претензий на продукцию	444-1/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
94	Мұрағаттық үлгілер мен оларды бақылау нәтижелерін тіркеуді есепке алу журналы / Журнал учета архивных образцов и регистрации результатов их контроля	445/у	А4	Журнал	қ у а дмн*
95	Кіндік қан донорының перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы / Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения	446/у	А4	Журнал	қ у а дмн*