

О внесении изменений 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 Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 декабря 2019 года № 19692. 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).

В соответствии с подпунктом 5) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", 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 24 февраля 2011 года в газете "Казахстанская правда" № 68-69 (26489-26490) следующие изменения:

пункт 2 изложить в следующей редакции:

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

Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

Медицинскую учетную документацию, используемую в амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

Медицинскую учетную документацию других типов медицинских организаций, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

Медицинскую учетную документацию лабораторий в составе медицинских организаций, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

Медицинскую учетную документацию организаций службы крови, утвержденную указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу;

Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденный указанным приказом, изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему приказу."

2. Департаменту цифровизации здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

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

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Абишева О. А.

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

Министр

Е. Биртанов

Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147
Приложение 1 к приказу
исполняющего обязанности

Медицинская учетная документация, используемая в стационарах

Медицинская документация форма № 003/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская карта стационарного пациента №

Раздел 1. Приемный покой

Общая часть:

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

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст
6. Национальность
7. Гражданство (справочник стран)
8. Житель

☐

города

☐

села

9. Адрес проживания
10. Место работы/учебы/детского учреждения
- Должность Образование
11. Наименование страховой компании, № страхового полиса
12. Группа инвалидности
13. Тип возмещения
14. Социальный статус
15. Пациент направлен
16. Тип госпитализации

Код госпитализации

Запись врача приемного покоя:

Информация о текущей госпитализации:

17. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

18. Диагноз направившей организации

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

Первичный осмотр врача приемного покоя при госпитализации:

1. Дата и время осмотра

2. Жалобы

3. Анамнез болезни

4. Анамнез жизни

5. Аллергические реакции (включая непереносимость препаратов)

☐

да

☐

нет.

6. Перенесенные инфекции

☐

нет

☐

да (код наименование)

Туберкулез

☐

да

☐

нет кож-вен.

☐

да

☐

нет Гепатит

☐

да

☐

нет другое Вирусный гепатит

☐

да

☐

нет Корь, краснуха

☐

да

☐

нет Ветряная оспа

☐

да

☐

нет эпидемический паротит

☐

да

☐

нет

☐

За последние 35 дней в контакте с инфекционными больными не был

7. Объективные данные

8. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

9. Диагноз при поступлении

10. Предварительный диагноз

11. Оценка риска падения

12. Оценка боли

Сортировка пациента (приемный покой)

13. Дата и время госпитализации

14. Сортировка по триаж-системе

15. Идентификационный бейдж

16. Инструктаж пациента

17. Санитарная обработка

☐

да

☐

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

18. Вид транспортировки

19. Признаки инфекций

☐

да

☐

нет

Если да, пациент помещен в изолятор

☐

да

☐

нет

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

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

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

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

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

Раздел 2. Первичный осмотр лечащего врача:

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка

2. Жалобы

3. Объективные данные пациента

4. Анамнез заболевания

5. Анамнез жизни

6. Наследственность

7. Прием медикаментов на момент госпитализации

☐

нет

☐

да (наименование, когда и причины приема)

8. Предварительный диагноз

9. План обследования

10. План лечения (вкладной лист 4)

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

Заполняется при родах:

1. Дата и время родов

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

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

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

Акушер Ф.И.О. (при его наличии), ID

Вкладной лист 1
к медицинской карте
стационарного пациента

Объективный статус пациента

1. Дата и время осмотра

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

3. Вес (при поступлении и необходимости от профиля МО)
4. ЧСС
5. ЧДД
6. АД
7. Температура
8. Количество выпитой жидкости
9. Наличие/отсутствие стула и мочеотделения и т.д.

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

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

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

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

Вкладной лист 2
к медицинской карте
стационарного пациента

Дневник

1. Дата и время осмотра
2. Объективные данные пациента
3. Жалобы
4. Динамика состояния пациента
5. Лабораторно-диагностические исследования

6. Течение послеродового периода (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов)

7. Партограмма (только для организаций, ведущих наблюдение за этой категорией пациентов)

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

Вкладной лист 3
к медицинской карте
стационарного пациента

Информированное согласие пациента*

В соответствии с п. 3 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

ИИН .

Ф.И.О. (при его наличии) (полностью)

Дата рождения

Находясь в МО (наименование МО)

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

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

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

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

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

Подпись: _____ Дата и время

Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента:

Ф.И.О. (при его наличии) (полностью)

Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

Дата и время

Примечание:

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

Вкладной лист 4
к медицинской карте
стационарного пациента

Лист врачебных назначений

1. Дата и время
2. Режим
3. Диета
4. Наименование услуги, лекарственного средства (с конкретными рекомендациями по времени их назначения и времени их отмены)
5. Дата назначения (по времени) и дата окончания
- Ф.И.О. (при его наличии), ID врача

Вкладной лист 5
к медицинской карте
стационарного пациента

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

1. Дата и время
2. Объективные данные
3. Жалобы
4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических исследований
5. Диагноз
6. Лист врачебных назначений
- Ф.И.О. (при его наличии), ID врача

Вкладной лист 6
к медицинской карте
стационарного пациента

"Предтрансфузионный эпикриз"

Трансфузионный анамнез в истории болезни:

☐

трансфузий ранее не проводилось

☐
трансфузионный анамнез без особенностей

☐
имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие
Акушерский анамнез для женщин:

☐
без особенностей

☐
многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения,
абортов и выкидышей в ранних сроках
Иммуногематологические особенности:

☐
не выявлены

☐
выявлены варианты формы антигенов или экстраагглютинины

☐
выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность,
если известно)

☐
антиэритроцитарные антитела не исследовались

Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК) ОАК, КЩС
от ж/ г.

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

☐
острая анемия, гемоглобин г/л

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



снижение доставки O₂ при анемии, Hb г/л, PaO₂ мм рт. ст., PvO₂ мм рт. ст.

Расчетная доза

Показания для СЗП/криопреципитата

Данные последней коагулограммы: (достаточно одного измененного показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут) ПТИ %, МНО, АЧТВ, Фибриноген г/л, АТIII

Толерантность плазмы к гепарину, ВСК мин,

Анализ от дд/мм/гг



дефицит факторов коагуляционного гемостаза



дефицит плазменных антикоагулянтов



плазмообмен

Расчетная доза (12-20мл/кг)

Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов *10⁹/л

Анализ от дд/мм/гг



геморрагический тромбоцитопенический синдром



Тромбоцитопения менее 10*10⁹/л без геморрагического синдрома.



Тромбоцитопения менее 50*10⁹/л, хирургическая операция.



Тромбоцитопения менее 100*10⁹/л, нейрохирургическая операция.



Тромбоцитопатия, геморрагический синдром.

Расчетная доза

Показания для альбумина:

Гипопротеинемия/гипоальбуминемия г/л,

Анализ от дд/мм/гг

Ф.И.О. (при его наличии), ID врача, обосновавшего показания к трансфузии
Показания к трансфузии проверены, подтверждаю
Заведующий отделением Ф.И.О. (при его наличии), ID

Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови

Дата проведения трансфузии

Время проведения трансфузии: начата дд/мм/гг, окончена дд/мм/гг

Группа крови и резус-принадлежность больного

Отделение больницы, где проводится трансфузия

До трансфузии:

АД

Ps

t0

Трансфузионный анамнез

Показания к трансфузии

Наименование трансфузионной среды

Группа крови и резус-принадлежность донора

Номер этикетки трансфузионной среды

Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды

Дата заготовки трансфузионной среды

Проведение проб на совместимость:

- по группе крови

- по резус-фактору

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

- биологическая проба

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

Реакции и/или осложнения после трансфузии

Предпринятые меры

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

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

Суточный диурез

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

Дата, время

Трансфузионный лист

1. Дата
2. Наименование трансфузионной среды
3. Количество

мл

4. Группа крови, Rh донора
5. Показания
6. № этикетки, страна производитель
7. Осложнения
8. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача

Вкладной лист 7
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

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

Вкладной лист 8
к медицинской карте
стационарного пациента

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

1. Дата и время осмотра
2. Объективные данные (температура, ЧДД, ИВЛ, SpO2 / FiO2, ЦВД, АД, Оценки боли по ВАШ, Оценка делирия RASS)
3. Лист врачебных назначений (с посекундным отражением времени проведения манипуляции)
4. Диагноз
5. Дневник (статус дополнительных жизнеобеспечивающих приборов, при необходимости, описание гидробаланса)
6. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача

Вкладной лист 9
к медицинской карте
стационарного пациента

Консультация специалиста.

1. Дата и время осмотра
 2. Вид консультации
 3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований
 4. Диагноз
 5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств
 6. Ф.И.О. (при его наличии), ID врача
- При необходимости:

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

Вкладной лист 10
к медицинской карте
стационарного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время
2. Показания к операции/процедуры/афереза
3. Клинический диагноз (при проведении сердечно–сосудистых операций описывается состояние больного перед операцией, подготовка к наркозу, измерение объективных данных каждые 5 минут, осложнения по ходу наркоза и операции)
4. Анестезиологическое пособие
5. Протокол операции включая:
 - 5.1 Дату и время начала и окончания операции/процедуры/афереза
 - 5.2 Течение (описание) операции/процедуры/афереза, включая технику выполнения
 - 5.3 Участие консультантов во время операции/процедуры/афереза и др., рекомендации.
 - 5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований
 - 5.5 Исход операции, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции/процедуры/афереза не было")
 - 5.6 Количество кровопотери

(мл)

5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза

5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза

5.9 Рекомендации

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

Вкладной лист 11
к медицинской карте
стационарного пациента

История развития новорожденного

Заполняется в родзале:

Дата и время

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

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

3. Заключительный диагноз новорожденного

4. Наследственность со стороны матери/отца

5. Информация о новорожденном и родах

6. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

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

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

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

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

Заполняется при переводе новорожденного из родзала в отделение:

Дата и время

1. Информация о переводе новорожденного в отделение, № палаты

2. Состояние ребенка при переводе из родзала

3. Диагноз предварительный

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

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

Первый осмотр ребенка в палате (отделении.) новорожденных детей

Дата и время

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

2. Частота ГВ

3. Состояние легких, пульс

4. Данные ежедневного общего осмотра новорожденного, изменение состояния новорожденного

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

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

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

Заключение и предварительный диагноз

1. Назначения и их обоснование

2. Диагноз

Заключительная часть:

Выписной эпикриз

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

1. Диагноз клинический

Дата установления

2. Другие виды лечения

3. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности

4. Исход пребывания .

Переведен в МО (из регистра МО)

5. Трудоспособность

6. Дата и время выписки

7. Проведено койко-дней

8. Для поступивших на экспертизу – заключение

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

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

Заполняется в случае смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

☐

да

☐

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:
Патоморфологический диагноз (основной)
осложнения основного заболевания
сопутствующий
Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID

Список сокращений формы № 003/у "Медицинская карта стационарного пациента"

1	FiO2	Индекс оксигенации
2	Hb	Гемоглобин
3	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
4	Ps	Товарный знак для типа матричных штрихкодов
5	Rh	Резус фактор
6	SpO2	Уровень насыщения крови кислородом
7	t0	Температура тела
8	АД	Артериальное давление
9	АТIII	Антитромбин III
10	АЧТВ	Активированное частичное тромбопластиновое время
11	ВАШ	Визуально-аналоговая шкала
12	ГВ	Грудное вскармливание
13	ИВЛ	Искусственная вентиляция легких
14	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
15	КТ	Компьютерная томография
16	мл	Миллилитр
17	мм рт. ст.	Миллиметр ртутного столба
18	МИС	Медицинская информационная система
19	МО	Медицинская организация
20	Оценка делирия RASS	шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale
21	ПТИ	Протромбиновый индекс
22	PvO2	Показатели газового состава крови
23	PaO2	Показатели газового состава крови
24	СЗП	Свежезамороженная плазма
25	СМР	Средний медицинский персонал
26	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
27	ЦВД	Центральное венозное давление
28	ЧДД	Частота дыхательных движений

29 ЧСС	Частота сердечных сокращений
Медицинская документация форма № 004/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

Протокол (карта) патологоанатомического исследования №

.Адрес организации, составившего протокол

Карта пациента №

ИИН пациента

Ф.И.О. (при его наличии)

Дата рождения

Пол

☐

мужской

☐

женский

Возраст

Национальность

Житель

☐

города

☐

села

Гражданство.

Адрес проживания

Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

Наименование страховой компании, № страхового полиса

Наименование МО лечения (из регистра МО.)

Доставлен в стационар

(часов (дней после начала заболевания)

Проведено койко-дней

Дата смерти .

Дата и время вскрытия .

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

Присутствовали на вскрытии Ф.И.О. (при его наличии), ID

Диагноз направившей организации

Диагноз при поступлении

Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления

Заключительный клинический диагноз и дата его установления

Основное заболевание

Осложнение основного заболевания

Сопутствующие заболевания

Причина смерти

Результаты клинико-лабораторных исследований

Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)

Ошибки клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать:

Расхождение диагнозов по основному заболеванию

Запоздалая диагностика

основного заболевания

по осложнениям

смертельного осложнения

по сопутствующим заболеваниям

другое

Причины расхождения диагнозов

☐

Объективная трудность диагностики

☐

Кратковременное пребывания

☐

Недообследование больного

☐

Переоценка данных обследования

☐

Редкость заболевания

☐

Неправильное оформление диагноза

Причина смерти №

во врачебном свидетельстве о смерти №

сделана следующая запись

Код и наименование диагноза

Ф.И.О. (при его наличии), ID. врача; патологоанатома; заведующего отделением

Результаты патологоанатомического исследования

Рост

Печень

Вес тела

Селезенка

Вес органов

Почки лев – прав

Головной мозг

Сердце

Тимус

Легкие

Краткие клинические данные:

Взято кусочков для патологического исследования

Изготовлено блоков

Взят материал для патогистологического исследования

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются

Результаты патогистологического исследования

Приложение на листах

Схемы, таблицы, фото, рисунка на

листах

Ф.И.О. (при его наличии), ID патологоанатома

Список сокращений формы № 004/у "Протокол (карта) патологоанатомического исследования"

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Листок учета движения больных и коечного фонда стационара

наименование отделения, профиля коек

	К о д организации	Фактически развернуто коек, включая койки свернутые на ремонт	в том числе коек , свернутых на ремонт	Состояло больных на начало истекших суток	Движение больных за истекшие сутки			
					Поступило больных (без переведенных внутри больницы)			
					из них			
					Всего	Сельских жителей	детей в возрасте до 14 лет включительно	Дети 15-17 л е т включительно
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Всего в том числе п о койкам								

продолжение таблицы

Движение больных за истекшие сутки								На нача		
Переведено больных внутри больницы		Выписано больных					Умерло	Состоит		
из других отделений	в другие отделения	Всего	в т.ч.переведенных в другие стационары	в т.ч. сельских жителей	детей в возр.до 14 лет включит.	Дети 15-17 л е т включительно		Всего		
10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Свободное количество коек на начало текущего дня (1 день)		Прогнозное количество свободных коек на ближайшие пять дней								
		2 день		3 день		4 день		5 день		6
всего	в т. ч. женских	всего	в т. ч. женских	всего	в т. ч. женских	всего	в т. ч. женских	всего	в т. ч. женских	в
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	3

Список больных

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) поступивших	наличии) переведенных из других отделений данной больницы	наличии) переведенных в другие отделения данной больницы	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) выписанных	в другие стационары	отчество (при его наличии) умерших	Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Пояснение по заполнению формы № 007/у "Листок учета движения больных и коечного фонда стационара":

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделений, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении больных по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время, больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. Для получения суммарных данных по больнице сведения из листов отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Примечание: Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется медицинской сестрой, то заполнение отдельных листов нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием

месячных сведений. В графе 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в графе 3. в графе 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

В графах 5-17 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных; числе переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших) и в графе 18 и 19 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в графе 18 предыдущего дня должно быть переписано в графе 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы число больных на начало текущего дня (графа 18) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (графа 5), поступивших (графа 6) и переведенных (графа 10), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (графа 11), выписанных (графа 12) и умерших (графа 17), то есть. числам в графа $5 + 6 + 10 - 11 - 12 - 17 =$ графа 18.

В графах 21-22 указывается количество свободных коек на начало текущего дня в разрезе профилей коек.

В графах 22-32 даются сведения о прогнозном количестве свободных мест на ближайшие 5 дней в разрезе профилей коек.

Ежедневно данные о движении больных и коечного фонда, заверенные подписью заведующего отделением и руководителя медицинской организации, передаются старшей медицинской сестрой отделения в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации.

Медицинская документация форма № 009/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета переливания крови, ее компонентов, препаратов

1. Дата и время переливания
2. Кратность переливаний (первичное/повторное)
3. Номер медицинской карты
4. Индивидуальный идентификационный номер пациента
5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
6. Дата рождения больного

7. Группа крови и резус принадлежности больного
8. Показания к переливанию
9. Наименование инфузионно/трансфузионной среды
10. Группа крови и резус принадлежности трансфузионной среды (если применимо)
11. № этикетки, серия
12. Организация-изготовитель
13. Дата заготовки/срок годности
14. Количество перелитой среды
15. Способ переливания
16. Неблагоприятные последствия трансфузии (вид, тяжесть)
17. Идентификатор лица, проводившего переливание

Медицинская документация форма № 009-1/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета реципиентов крови и ее компонентов

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
2. Число, месяц и год рождения
3. Домашний адрес
4. Место работы/ учебы/ школа
5. МО прикрепления
6. Сроки пребывания в стационаре
7. Диагноз больного
8. Дата и время гемотрансфузии
9. Наименование компонента крови
10. Номер этикетки
11. Дозировка
12. Всего трансфузий по каждому виду компоненту с указанием
13. Дата, номер, результат обследования на вирус иммунодефицита человека - инфекции при наличии (далее - ВИЧ), гепатиты В и С

Медицинская документация форма № 015/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов

за (год)

			Фамилия, и м я ,		К е м принят труп (Ф.И.О. (	Название отделения		Название кладбища
--	--	--	---------------------	--	------------------------------------	-----------------------	--	----------------------

№ п/п	Дата поступления трупа	Индивидуальный идентификационный номер	отчество (при его наличии) умершего	Дата рождения	Пол	при его наличии) (при его наличии))	или МО откуда поступил труп	№ карты стационарного пациента	, где будет захоронен умерший
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Обоснование выдачи трупов	Кем выдан труп (Ф.И.О. (при его наличии) (при его наличии))	Дата выдачи трупа или захоронения больницей	По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия	Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта	Фамилия сопровождающего
11	12	13	14	15	16

Медицинская документация форма № 017/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Акт констатации биологической смерти/ изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга

Дата и время заполнения

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)

№ истории болезни

Наименование лечебной организации

Основной диагноз код

Причина смерти

Состав комиссии:

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

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

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

Ф.И.О. (при его наличии) судебно-медицинского эксперта, ID

Констатировали биологическую смерть

Время констатации биологической смерти

Заполняется при изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации

Изъятие донорских органов и тканей произведено после констатации смерти (смерти мозга) больного по разрешению (наименование лечебной организации, должность, Ф.И.О. (при его наличии))

Производил (и) изъятие донорских органов и тканей врач (и)-хирург (и) Ф.И.О. (при его наличии), ID должность

Способ изъятия донорских органов (описание инструментальных вмешательств и операции)

При изъятии донорских органов и тканей присутствовали:
судебно-медицинский эксперт Ф.И.О. (при его наличии), ID
реаниматолог Ф.И.О. (при его наличии), ID

Куда помещены и кому переданы донорские органы и ткани

Время начала изъятия

Время окончания изъятия

Заполняется при констатации смерти на основании смерти мозга:

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга

Комиссия кұрамы (Состав комиссии):

Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача-реаниматолога, ID

Ф.И.О. (при его наличии) невропатолога, ID

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

обследовала состояние гражданина и установила:

1. По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие

2. По состоянию самостоятельного дыхания

2.1 При разъединительном тесте

3. По состоянию тонуса мышц

4. По состоянию зрачков

5. По рефлекторным реакциям на внешние воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)

6. При температуре тела

7. При артериальном давлении

8. По данным электроэнцефалографических исследований

9. По данным ангиографии

10. При сроке наблюдения в течение ____ часов с периодичностью неврологических осмотров через каждые ____ часов

11. С учетом данных дополнительных исследований (токсикологических, определения метаболизма мозга и др.)

Список сокращений формы № 017/у "АКТ констатации биологической
с м е р т и /
изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации
с м е р т и
на основании смерти мозга"

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 024/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Журнал учета консервированного костного мозга

Начат

окончен

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора	Группа крови	Результат принадлежности	Дата заготовки	№ этикетки	Подготовка костного мозга к замораживанию			
						охлаждающий раствор	№ и дата заготовки крови (сыворотки) АВ (N) группы	№ контейнеров	объем костномозговой взвеси в контейнере
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Разворот ф. № 024/у

Дата замораживания	Размораживание						
	Дата	№ контейнеров	Объем костного мозга, подготовленного к трансплантации и количество флаконов	Количество ядросодержащих клеток в млрд.	Жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	Бактериологический контроль	Факт приема
15	16	17	18	19	20	21	22

Медицинская документация форма № 034/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)

Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части органа)

Наименование, количество ткани и (или) органа (части органа))

Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа)

ФИО донора, возраст, пол _____

— — — — —

Группа крови, резус _____

Дата поступления _____

№ истории болезни _____

Диагноз _____

Время нахождения на искусственной вентиляции легких) _____

Время гипотензии _____

Диурез в последние сутки, часы _____

Фармподготовка донора _____

Период ишемии _____

Особенности изъятия ткани и (или) органа (части органа) _____

Давление при отмывке _____

Степень отмывки _____

Способ консервации органа (части органа), название консервирующего раствора: _____

Срок годности консервирующего раствора: _____

— — — — —

— — — — —

Дата проведения и результаты исследования иммуноферментного анализа (далее
И Ф А) и

(или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее – ПЦР) на:

- АИТВ (ВИЧ): _____

— — — — —

- Гепатит В: _____

— — — — —

- Гепатит С: _____

— — — — —

- Сифилис: _____

— — — — —

П е р и о д к о н с е р в а ц и и :

Почки правой _____ левой _____

— — — — —

Легкой правой _____ левой _____

— — — — —

Сердца _____

— — — — —

Печени _____

— — — — —

Другое _____

— — — — —

ФИО реципиентов 1. _____ 2. _____

— — — — —

Возраст, группа крови 1. _____ 2. _____

— — — — —

Иммунологические показатели донора _____

— — — — —

— — — — —

Реципиентов 1. _____ 2. _____

— — — — —

Функции трансплантата _____

— — — — —

Название организации здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших
и з ъ я т и е

и

консервацию органа (части органа)): _____

— — — — —

— — — — —

ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию: _____

— — — — —

— — — — —

— — — — —
День, месяц, год, время

Медицинская документация форма 066/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от "23" ноября 2010года № 907

Статистическая карта выбывшего из стационара (круглосуточного, дневного)

№

Общая часть:

1. ИИН
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Дата рождения
4. Пол
5. Возраст
6. Национальность
7. Гражданство (справочник стран)
8. Житель

☐

города

☐

села

9. Адрес проживания
10. Место работы/учебы/детского учреждения
- Должность

Образование

11. Наименование страховой компании, № страхового полиса
12. Тип возмещения
13. Социальный статус
14. Тип госпитализации

☐

впервые

☐

повторно

при плановой госпитализации указать:

Код госпитализации

Для специализированных стационаров дополнительно заполняется:

Цель госпитализации (онкологический профиль, наркологический профиль, психиатрический профиль)

15. Кем направлен пациент

16. Наименование направившей МО (из регистра МО)

17. Диагноз направившей организации

18. Диагноз при поступлении

19. Вид травмы

20. Госпитализирован:

☐

с лицом по уходу

☐

с кормящей матерью

21. Дата и время госпитализации

22. Отделение, палата №

23. Находился в реанимации

24. Профиль койки

25. Вид транспортировки

26. Исследование на ВИЧ

27. Группа крови, резус-фактор

28. Аллергические реакции

29. Побочное действие лекарств (непереносимость)

☐

нет

☐

да

название препарата, характер побочного действия

30. Диагноз заключительный клинический
осложнения

Сопутствующее заболевание 1

Сопутствующее заболевание 2

Заполняется в стационарах:

1. Лист оказанных услуг и медикаментов

Лист оказанных услуг			
№	Код	Единица измерения	Количество

Лист использованных медикаментов в клиническом отделении			
№	Код	Единица измерения	Количество
Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов			
№	Код	Единица измерения	Количество
Лист использованных медикаментов по реанимации			
№	Код	Единица измерения	Количество

2. Хирургическая операция

Дата Время	Название и код операции	Анестезия (код)	Тип операции: 1- экстренная, 2-плановая	Послеоперационное осложнение	Специальная аппаратура (код)	Коды врачей
Хирургические операции						
.	к о д наименование	.	.	код наименование	.	Хирург Ассистент
.	к о д наименование	.	.	код наименование	.	Хирург Ассистент
.	к о д наименование	.	.	код наименование	.	Хирург Ассистент
.	к о д наименование	.	.	код наименование	.	Хирург Ассистент

Применимо к стационарам, оказывающим помощь наркологическим пациентам:

Вид употребляемого наркотика:

	В и д наркотика	Срок регулярного употребления (год)	Возраст первой пробы наркотика	Способ употребления	Частота потребления
Основной наркотик	.	.	.	.	.
Другой наркотик (1)	.	.	.	.	.
Другой наркотик (2)	.	.	.	.	.

Применимо к стационарам, оказывающим помощь онкологическим пациентам:

Локализация опухоли

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Морфологический тип опухоли

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Стадия опухолевого процесса

Стадия по системе TNM

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Локализация отдаленных метастазов*:

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47 для первичной опухоли запущенного процесса: .

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47 при прогрессировании процесса:

*Примечание: не распространяется на коды C81 по C96 и D45 по D47

Метод подтверждения диагноза

. указать вариантность

(C81-96 –группа риска)

Характер проведенного лечения за период данной госпитализации:

Объем лечения

Причина неполного лечения

Вид лечения . Лучевое лечение

Дата начала курса лучевого лечения

Способ облучения:

Облучение внешнее

☐

Облучение сочетанное

☐

другие способы облучения

Вид лучевой терапии

Методы лучевой терапии:

☐

Непрерывная

☐

Фракционирование

☐

Фракционирование нетрадиционное

☐

Лучевая терапия

Использование радиомодификаторов: .

Суммарная очаговая доза облучения: на опухоль

гр., на метастазы

гр.

Осложнения лучевого лечения: .

Лучевой терапевт ID

Дата начала курса химиотерапевтического лечения

Вид химиотерапии: .

Применимо к стационарам, оказывающим акушерско-гинекологическую помощь пациентам:

Место родов

Беременность по счету №

Характер родов

Которые по счету роды

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

Виды аборта: . *при хирургическом.

Сведения о новорожденном:

Дата, время рождения	.
Ребенок родился	.
Пол ребенка	.
Доношенный/недоношенный	.
Физическое развитие ребенка при рождении	Рост
	Вес
	Окружность груди
	Окружность головы
Скрининг на наследственную патологию	
Аудиологический скрининг	Дата, результат
Офтальмологический скрининг	Дата, результат
	БЦЖ ☐ да ☐

Вакцинация	н е т
	ИПВ (ОПВ)
	☐
	да
	☐
	н е т
	Гепатит
	☐
	да
	☐
	нет .
Исход пребывания	.
Вид смерти по отношению к родам	.
Наименование диагноза	

Новорожденный проходил лечение в роддоме

☐

да

☐

нет

Заключительная часть, заполняется в любых условиях оказания стационарной помощи:

1. Исход пребывания
2. Исход лечения
3. Дата и время выписки (смерти)
4. Проведено койко-дней

Врач: Ф.И.О. (при его наличии), ID.

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

Список сокращений формы № 066/у "Статистическая карта выбывшего из стационара":

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

Вкладной лист 1
к статистической карте
выбывшего из стационара

Карта пациента с острым коронарным синдромом № дата заполнения карты .

ОКС:

☐

нет

☐

да

☐

с подъемом ST

☐

без подъема ST

1. ОКС с подъемом ST Локализация:

☐

передний

☐

нижний

☐

латеральный

☐

правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

☐

неопределенная

2. ОКС без подъема ST Локализация:

☐

передний

☐

нижний

☐

латеральный

☐

правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

☐

неопределенная

3. Дата и время проведения первого ЭКГ .

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

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

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

Место, где случилось событие

☐

дома

☐

на работе

☐

в общественном месте

☐

другое

Место прибытия:

☐

приемный покой

☐

ОриИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

☐

лаборатория (минуя приемное отделение, ОриИТ/БИТ/ПИТ) баска (др.)

4. Факторы риска

Артериальная гипертензия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Сахарный диабет

☐

нет

☐

да (диетотерапия, пероральная терапия, инсулинотерапия)

☐

неизвестно

Курение

☐

нет

☐

да (иногда, постоянно)

☐

неизвестно

Алкоголь (наркомания)

☐

нет

☐

да (иногда, постоянно)

☐

неизвестно

Избыточная масса тела

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Низкая физическая активность

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Дислипидемия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Наследственная предрасположенность

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Случаи внезапной смерти в семье

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Другие

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

5. Предшествующий кардиальный анамнез

Перенесенный инфаркт миокарда

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Фибрилляция предсердий

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Стабильная стенокардия напряжения

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Нестабильная стенокардия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

АКШ/ТКА

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

ЭКС/ИКД /СРТ (подчеркнуть)

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Болезни клапанов сердца

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Кардиомиопатия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

☐

нет

☐

да (NYNA ФК

☐

I,

☐

II,

☐

III,

☐

IV)

☐

неизвестно

6. Сопутствующая некардиальная патология

ОНМК

☐

нет

☐

(

☐

1 - геморрагический инсульт,

☐

2 - инфаркт мозга,

☐

3-транзиторная ишемическая атака)

☐

неизвестно

Хроническая болезнь почек (ХБП)

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Онкологические заболевания последние 5 лет

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии,)

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

ХОБЛ

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Семейный анамнез

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

7. Текущее состояние при поступлении

Симптомы

Дискомфорт/боль в грудной клетке

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Одышка

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Остановка сердца

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Синкопе

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Гипотензия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Слабость

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Другие симптомы

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Бессимптомное течение

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

8. Физикальные данные (при поступлении)

ЧСС

уд.в мин

АД систолическое

мм.рт.ст. диастолическое

мм.рт.ст.,

среднее АД

мм.рт.ст.

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

☐

I,

☐

II,

☐

III,

☐

IV

☐

неизвестно

Анализ крови (при поступлении)

Вч-Тропонин I/T (при поступлении)

☐

нет

☐

да

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

МВ-КФК

☐

нет

☐

да

d - димер

☐

нет

☐

да

BNP/pro BNP

☐

нет

☐

да

Гемоглобин

☐

нет

☐

да

Гематокрит

☐

нет

☐

да

Тромбоцит

☐

нет

☐

да

Глюкоза

☐

нет

☐

да

Липидный спектр

☐

нет

☐

да, ЛПНП

☐

нет

☐

да, ЛПВП

☐

нет

☐

да, ТГ

☐

нет

☐

да)

Креатинин

☐

нет

☐

да

мкмоль/л

Скорость клубочковой фильтрации креатинина _____ (автоматический расчет)

Калий

☐

нет

☐

да

Магний

☐

нет

☐

да

Кальций

☐

нет

☐

да

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

☐

нет

☐

да

Ритм

☐

синусовый

☐

фибрилляция предсердий

☐

ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)

☐

др.

☐

неизвестно

QRS

☐

норма

☐

блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ)

☐

блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

☐

др.

☐

неизвестно

ST T

☐

с подъемом сегмента ST

☐

без подъема сегмента ST

☐

инверсия зубца Т

☐

нормальная ЭКГ

☐

др.

☐

неизвестно

ЭхоКГ (при поступлении)

☐

нет

☐

да

☐

фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N ($>50\%$)

☐

незначительное снижение ($41-50\%$)

☐

умеренное снижение ($31-40\%$)

☐

выраженное снижение ($<30\%$)

☐

не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Наличие зон нарушенной локальной сократимости:

☐

нет

☐

да (

☐

гипокинезия,

☐

-акинезия)

КТ

☐

нет

☐

да

МРТ

☐

нет

☐

да

11. Шкалы рисков:

Шкала риска ишемии GRACE (категории риска при поступлении)

☐

нет

☐

да

Клинические признаки		Баллы
Возраст (лет)	< 30	0
	30-39	8
	40-49	2 5
	50-59	4 1
	60-69	5 8
	70-79	7 5
	80-89	9 1
	>90	100
Частота сердечных сокращений (ударов в минуту)	< 50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	1 5
	110-149	2 4
	150-199	3 8
	>200	46
Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.)	< 80	5 8
	80-99	5 3
	100-119	4 3
	120-139	3 4
	140-159	2 4
	160-199	1 0
	>200	0
Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л)	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	1 0
	141-176	1 3
	177-353	2 1
	>354	28

Класс	сердечной	недостаточности	I	0
(по классификации Killip)			I I	2 0
			I I I	3 9
			IV	59
Остановка сердца (на момент поступления пациента)			да	39
Девиация сегмента ST			да	28
Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов			да	14

Количество баллов

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

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

Общее количество баллов

☐

Высокий >140 баллов

☐

Средний 109 – 140 баллов

☐

Низкий <108 баллов

Клиническая оценка риска пациентов

стратификация риска пациентов с ОКСбп ST:

☐

нет

☐

да

критерии очень высокий риска

☐

нет

☐

да

☐

гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок

☐

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

☐

жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца

☐

механические осложнения ИМ

☐

острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST

☐

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

Критерии высокого риска

☐

нет

☐

да

☐

Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ

☐

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

☐

Сумма баллов по шкале GRACE >140

Критерии промежуточного риска

☐

нет

☐

да

☐

Сахарный диабет

☐

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

☐

устойчивая к медикаментозному лечению

☐

ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность

☐

Ранняя постинфарктная стенокардия

☐

недавнее проведение ЧКВ

☐

предшествующее АКШ

☐

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

Критерии низкого риска

☐

нет

☐

да

☐

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

Шкала риска кровотечения CRUSADE

Показатель (предиктор)	Интервал значений	Баллы
Исходный гематокрит (%)	< 31	9
	31 - 33	7
	34 - 36	3
	37 - 39	2
	≥ 40	0
*Клиренс креатинина	≤ 15	9
	> 15 - 30	5
	> 30 - 60	3
	> 60 - 90	2
	> 90 - 120	1
	> 120	0

Частота сердечных сокращений (уд/мин)	≤ 70	0
	71 - 80	1
	81 - 90	3
	91 - 100	6
	101 - 110	8
	111 - 120	10
	≥ 121	11
Пол	Мужской	0
	Женский	8

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE электрондық): <http://www.crusadebleedingscore.org/>

общее количество баллов

риск кровотечений CRUSADE

☐

нет

☐

да

12. Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений (при фибрилляции предсердий)

Общее число баллов:

(при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта (необходимо назначить антикоагулянтную терапию))

13. Лечение

Наименование	Получал до поступления	Назначено и получал в стационаре	
		первые сутки госпитализации (до 24 часов)	позже 24 часов
Ацетилсалициловая кислота	☐ да	☐	☐
	☐ нет	☐	☐
	☐ неизвестно	неизвестно	неизвестно
Тикагрелор	☐ да	☐	☐
	☐ нет	☐	☐
	☐ неизвестно	неизвестно	неизвестно

Клопидогрел	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
* Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
НФГ (гепарин)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Фонда паринукс	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
ТМГ(эноксапарин)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
*Бивалирудин (только при наличии в анамнезе гепарининдуцированной тромбоцитопении)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
	☐ да ☐	☐ да	☐ да

б - б л о к а т о р ы (метопролол в ампулах)	☐ нет ☐ неизвестно	☐ неизвестно	☐ неизвестно
б - б л о к а т о р ы (метопролол-тартрат) короткого действия	☐ да ☐ ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Нитроглицерин (таблетки*ампулы,аэрозоль)	☐ да ☐ ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Нитраты короткого действия (мононитраты)	☐ да ☐ ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
	☐ да ☐ ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
ИАПФ короткого действия	☐ да ☐ ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)	☐ да ☐ ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Статины	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Амиодарон	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Другие антиаритмики	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Инсулин	☐ да ☐ нет	☐ да ☐	☐ да

	☐ неизвестно	неизвестно	☐ неизвестно
Сахароснижающие препараты	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты**	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Антагонисты альдостерона (Спиронолактон /*эклеренон	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Диуретики	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
Дигоксин	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
	☐		

Кардиоверсия дефибриляция	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно
Механические устройства поддержки кровообращения	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да Экстракорпоральная мембранная оксигенация ☐ Impella ☐ Внутриаортальная баллонная контрпульсация ☐ другие ☐ неизвестно	☐ да Экстракорпоральная мембранная оксигенация ☐ Impella ☐ Внутриаортальная баллонная контрпульсация ☐ другие ☐ неизвестно
гипотермия	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно
ИВЛ	☐ да ☐ нет ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно	☐ да ☐ неизвестно

* Непатентованное название препаратов

**Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

***Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

Буква	Клиническая характеристика	Баллы
H	Гипертензия	1
A	Нарушение функции почек и (1 балл каждое)	1+1
S	Инфаркт мозга	1
B	Кровотечение	1
L	Лабильное МНО	1

E	Пожилой возраст (>66 лет)	1
D	Лекарства или алкоголь (1 балл каждое)	1+1
Максимальное число баллов		9

Общее число баллов:

(при сумме баллов 3 и более есть риск развития кровотечения (необходимо с осторожностью назначать антикоагулянтную терапию))

14. Тромболитическая терапия

☐

нет

Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

☐

позднее обращение (более 12 часов)

☐

противопоказания

☐

абсолютные

☐

относительные

☐

нет ЭКГ критериев

☐

первичное ЧКВ

☐

да

время начала проведения тромболизисной терапии (дд/мм/) /) .

время окончания проведения тромболизисной терапии (дд/мм/) .

15. Этап проведения тромболитической терапии

☐

Догоспитальный

☐

Госпитальный

☐

приемный покой

☐

ПИТ/БИТ

☐

др.

☐

неэффективная

☐

эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные аритмии

16. Препарат

а) тип препарата:

☐

фибриноспецифичный

☐

нефибриноспецифичный

б) наименование препарата:

☐

актилизе

☐

тенектеплаза

☐

ретеплаза

☐

др.

в) доза

☐

полная доза

☐

половинная доза

Наличие осложнений тромболизиса

☐

нет

☐

да

Коронароангиография

☐

Да Дата .

Название код услуги

☐

нет

☐

неизвестно

Сосудистый доступ:

☐

радиальный

☐

бедренный

Нормальная КАГ:

☐

нет

☐

да

Если нет:

	Ствол ЛКА	ПНА	ОВ	ПКА	Шунт	др.
окклюзия						
стеноз $\geq$ 50%						
стеноз<50%						
коронароспазм						
Инфаркт зависимая артерия						
Интактные						

Многососудистое поражение

☐

0,

☐

1

☐

2,

☐

3 (и более)

☐

неизвестно

Кровоток по TIMI в ИЗА или симптомном сосуде:

☐

0

☐

1

☐

2

☐

3

Выбор метода реваскуляризации (в случае необходимости)

Syntax шкаласы (Шкала Syntax)

☐

нет

☐

да

общее количество баллов

Выбор консилиума "группа Сердце"

☐

нет

☐

да

Чрескожное коронарное вмешательство

Название код операции

Дата и время раздувания баллона/установки стента .

☐

ОКС с подъемом ST:

☐

Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания

☐

неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса

☐

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



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



без реперфузионного лечения



ОКС без подъема ST:



срочное ЧКВ <2часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)



ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)



поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)



(консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

	Ствол ЛКА	ПНА	ОВ	ПКА	Шунт	др.
Стент с покрытием						
Стент без покрытия						
Аспирация тромба						
Только баллонная ангиопластика						
Измерение Фракционного резерва кровотока и др.						
Степень восстановления коронарного кровотока по критериям TIMI-III в ИЗА или симптомном сосуде	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0,	0,	0,	0,	0,	0,
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1,	1,	1,	1,	1,	1,
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2,	2,	2,	2,	2,	2,
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	3	3	3	3	3	3

Рестеноз внутри стента

☐

нет

☐

да

Вовлечение бифуркаций

☐

нет

☐

да

Применение тромбозктомических устройств:

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

17. Осложнения во время КАГ, ЧКВ

☐

нет

☐

да

☐

тромбоз стента

☐

периоперационный ИМ

☐

кровотечение

☐

мозговой инсульт

☐

контраст индуцированная нефропатия

☐

пульсирующая гематома в области бедренного доступа

☐

неизвестно

☐

смерть

☐

неизвестно

Успешное ЧКВ:

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Полная реваскуляризация:

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

более 1 процедуры во время стационарного лечения:

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

аорто-коронарное шунтирование

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

название код. код. код операции

☐

нет

☐

Да дата начала АКШ .

☐

экстренно

☐

до 4-6 часов от начала заболевания

☐

до 24 часов

☐

свыше 72 часов

Шунты:

☐

вена

☐

ЛГА

☐

ПГА

☐

др.

осложнения, связанные с операцией:

☐

периоперационный ИМ

☐

неврологический дефицит

☐

кровотечение

☐

нарушение ритма и проводимости сердца

☐

медиастенит

☐

нестабильность грудины

☐

другие

имплантация электрокардиостимулятора

☐

нет

☐

да

☐

экстренная

☐

плановая

название код. код. код операции

☐

временный ЭКС

☐

однокамерные

☐

двухкамерные

☐

постоянный ЭКС

☐

однокамерные

☐

двухкамерные

☐

другое

имплантация Кардиовертела-дефибриллятора

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

☐

экстренная

☐

плановая

название код. код. код операции

Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ)

☐

Нет

☐

да

Название и код операции код. код.

Другие операции:

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

☐

экстренная

☐

плановая

название код. код. код операции

18. Осложнения на госпитальном этапе.

СН класс по Killip

☐

I

☐

II

☐

III

☐

IV



НЕИЗВЕСТНО

Рецидив ИМ	☐ нет ☐ да ☐ НЕИЗВЕСТНО
ФП (впервые возникшая)	☐ нет ☐ да ☐ НЕИЗВЕСТНО
ЖТ	☐ нет ☐ да ☐ НЕИЗВЕСТНО
АВ блокада II-III ст.	☐ нет ☐ да ☐ НЕИЗВЕСТНО
Механические осложнения*	☐ нет ☐ да ☐ НЕИЗВЕСТНО
Инсульт	☐ нет ☐ да ☐ НЕИЗВЕСТНО
	☐

Кровотечения	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
Трансфузия крови	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
Низкий гемоглобин	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
ОПН (контраст-индуцированная нефропатия)	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно
другие	☐ нет ☐ да ☐ неизвестно

19. Операции при механических осложнениях ИМ

☐

нет

☐

да дата

название код. код. код операции

20. Исследования при выписке

ЭКГ при выписке:

☐

синусовый

☐

ФП

☐

новый ИМ с подъемом ST

☐

нет изменений

ЭХоКГ при выписке

☐

фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N ($>50\%$)

☐

незначительное снижение (41-50%)

☐

умеренное снижение (31-40%)

☐

выраженное снижение ($<30\%$)

☐

не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка
СН класс по Killip при выписке

☐

I

☐

II

☐

III

☐

IV

☐

неизвестно

Стресс тест при выписке:

☐

нет

☐

да (

☐

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

☐

стресс ЭхоКГ)

☐

Результат теста отрицательный

☐

Результат теста положительный (стресс-индуцированная ишемия миокарда)

Другие диагностические исследования:

☐

нет

☐

да

☐

при ОКС без подъема низкого риска

☐

МРТ

☐

другое

21. Заключительный диагноз:

Диагноз, код Тип инфаркта

22. Заключительный клинический диагноз

	Диагнозы	код	Тип инфаркта
Заключительный клинический диагноз	код. код.	1.	
		2.	
Осложнения*	код. код.		
Сопутствующее заболевание 1	код. код.		
Сопутствующее заболевание 2	код. код.		

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

☐

I,

☐
II,
☐
III,
☐
IV

Исходы ОКС:

☐
ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

☐
прерванный ИМ

☐
ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)
другие заболевания:

☐
тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)

☐
расслаивающая аневризма аорты

☐
кардиомиопатия такотсубо

☐
Миокардит

☐
другие диагнозы

Вкладной лист 2 к
статистической карте
выбывшего из стационара

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

☐
ишемический

☐

геморрагический

☐

транзиторная ишемическая атака

состоит ли пациент на Д учете

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

антикоагулянтную терапию

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

антиагрегантную терапию

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

статины

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Подтип ишемического инсульта:

☐

атеротромботический

☐

артерио-артериальные эмболии

☐

тромбозы мозговых сосудов

☐

кардиоэмболический

☐

гемодинамический

☐

лакунарный

☐

по типу гемореологической микроокклюзии

Время первых симптомов ОНМК от индексного события (время): .

Место, где случилось событие:

☐

дома

☐

на работе

☐

в общественном месте

☐

др.

Факторы риска

Артериальная гипертензия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Сахарный диабет

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Заболевания крови

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Стенозирующие изменения магистральных сосудов

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Курение

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Алкоголь

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Избыточная масса тела

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Дислипидемия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Наследственная предрасположенность

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Случаи внезапной смерти в семье

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Гормональная заместительная терапия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Беременность

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Контрацептивы

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Другие

Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез

Предшествующий диагноз инсульта

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно)

Предшествующий диагноз транзиторной ишемической атаки

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Перенесенный инфаркт миокарда

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Ишемическая болезнь сердца

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

АКШ/ТКА

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

АКШ/ЧКВ

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

ЭКС/ИКД

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Болезни клапанов сердца

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Кардиомиопатия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Хроническая сердечная недостаточность

☐

нет

☐

да (NYNA ФК

☐

I,

☐

II,

☐

III,

☐

IV)

☐

неизвестно

Фибрилляция предсердий

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Мерцательная аритмия

☐

нет

☐

да

☐

неизвестно

Уровень сознания по шкале ком Глазго при поступлении, Балл:

☐

от 15 баллов – сознание ясное

☐

от 13 до 14 - оглушение умеренное

☐

от 10 до 12 - оглушение глубокое

☐

от 8 до 9 – сопор

☐

от 6 до 7-кома умеренная

☐

от 4 до 5 - кома глубокая

☐

от 3 - кома терминальная

Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS:

☐

дефицит минимальный

☐

дефицит средний

☐

дефицит тяжелый

☐

дефицит крайне тяжелый

Указать балл по шкале NIHSS

Шкала Рэнкина

☐

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

☐

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

☐

3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности

☐

4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности

☐

5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности

Может выпить глоток воды без затруднений:

☐

нет

☐

да

Проведена ли Компьютерная Томография? (КТ):

☐

нет

☐

да; дата .

а) инфаркт в текущий момент:

☐

нет

☐

да

б) кровоизлияние в текущий момент:

☐

нет

☐

да, уточните характер кровоизлияния:

☐

субарахноидально

☐

паренхиматозное

☐

ствол мозга

☐

вентрикулярное

☐

субтенториальное

Проведена ли КТА?:

☐

нет

☐

да

Аневризма

☐

нет

☐

да

АВМ

☐

нет

☐

да

Стеноз сосудов

☐

нет

☐

да

Окклюзию сосуда)

☐

нет

☐

да

Проведена ли МРТ?:

☐

нет

☐

да Дата .

инфаркт

☐

нет

☐

да

кровоизлияние

☐

нет

☐

да

аневризма

☐

нет

☐

да

АВМ

☐

нет

☐

да

стеноз сосуда

☐

нет

☐

да

тромбоз сосуда

☐

нет

☐

да

Медикаментозная терапия
тромболитическая терапия

☐

нет

☐

да

Гипотензивная терапия

☐

нет

☐

да

Антиагрегантная терапия

☐

нет

☐

да

Антикоагулянтная терапия

☐

нет

☐

да

Статины

☐

нет

☐

да

Есть ли карта индивидуальной программы реабилитации?:

☐

нет

☐

да

Консультации каких специалистов МДК были проведены?:

☐

невролог

☐

нейрохирург

☐

реабилитолог

☐

логопед

☐

эрготерапевт

☐

психиатр

☐

иглорефлексотерапевт

☐

кинезиотерапевт

Какие базовые мероприятия были проведены в индивидуальной программе реабилитации пациента?:

☐

позиционирование

☐

поэтапная вертикализация

☐

ЛФК индивидуально

Проводились ли занятия при нарушении речи с логопедом?

☐

только диагностика

☐

занятия по восстановлению речи, чтения, письма

Проводились ли занятия при двигательных нарушениях?

☐

занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания

☐

индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей

☐

биоуправление/БОС,

☐

физиотерапия

Определение реабилитационного потенциала

☐

благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

☐

неблагоприятный (уход на дому)

Тесты по оценке состояния перед реабилитацией:

а) индекс Бартеля указать балл

☐

нет

☐

да заключение

☐

от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного

☐

от 25 до 65 — выраженной зависимости

☐

от 65 до 90 — умеренной зависимости

☐

от 91 до 99 — легкой зависимости

☐

100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

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

☐

нет

☐

да заключение

☐

нет нарушений когнитивных функций

☐

преддементные когнитивные нарушения

☐

деменция легкой степени выраженности

☐

деменция умеренной степени выраженности

☐

тяжелая деменция

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

☐

нет

☐

да заключение

☐

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

☐

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

☐

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления)

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

☐

нет

☐

да заключение

указать балл

☐

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

☐

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

☐

3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

☐

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

☐

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Была ли проведена системная тромболитическая терапия?:

☐

нет, причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

☐

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

☐

доза

Наличие осложнений после тромболизиса

☐

нет

☐

да, указать какие

Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса

Балл по шкале NIHSS

Оценка состояния на 7 сутки после проведения тромболизиса

Балл по шкале NIHSS

Проводилась ли механическая тромбэкстракция?

☐

нет

☐

да

дата и время начала терапии .

☐

дата и время начала терапии .

Название нейрохирургической операции

Код операции

☐

нет

☐

да дата (дд/мм/гг) .

☐

до 6 часов от начала заболевания

☐

до 24 часов

☐

свыше 72 часов

Осложнения, связанные с операцией:

код наименование

а) Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS после операции, балл

☐

0-3- дефицит минимальный

☐

4-10: дефицит средний

☐

10-21: дефицит тяжелый

☐

>21: дефицит крайне тяжелый

б) индекс Бартеля указать балл

☐

нет

☐

да заключение

☐

от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного

☐

от 25 до 65 — выраженной зависимости

☐

от 65 до 90 — умеренной зависимости

☐

от 91 до 99 — легкой зависимости

☐

100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности

в) Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл

☐

нет

☐

да заключение

☐

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

☐

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

☐

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

г) Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл

☐

нет

☐

да заключение

текста.

☐

1 степень- отсутствие признаков инвалидности

☐

2 степень- наличие легких признаков инвалидности

☐

3 степень- умеренно выраженные признаки инвалидности

☐

4 степень-наличие выраженных признаков инвалидности

☐

5 степень- сильно выраженные признаки инвалидности

Находился в нейрореанимации (ПИТ/БИТ):

☐

нет,

☐

да количество дней

Медицинская документация форма № 102/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета отделения (палаты) новорожденных

1. № истории родов и истории развития новорожденного
2. Откуда ребенок поступил в отделение и дата поступления
3. Индивидуальный идентификационный номер и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери
4. Дата и время рождения новорожденного
5. Пол
6. Рост, см
7. Вес, гр
8. Оценка по шкале Апгар; доношенный/недоношенный
- Из учетной формы № 003/у
9. Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся больными (заболевшими)
10. Информация о вакцинации
- Из учетной формы № 003/у при выписке
11. Исход пребывания
12. Вес новорожденного при выписке (переводе)
13. Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка да, нет)

Медицинская документация форма № ТБ 01/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская карта больного туберкулезом №

Дата регистрации Дата госпитализации

I. Информация о больном:

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Регистрационный №

4. Дата рождения

5. Пол

☐

мужской

☐

женский

6. Возраст

7. Национальность, гражданство

8. Житель

☐

города

☐

села

☐

БОМЖ.

9. Адрес фактического проживания

10. Ф.И.О. (при его наличии) близкого лица

11. Адрес близкого лица

II. Выявление:

1. обращение

☐

группа риска

☐

обязательный контингент

☐

прочие

2. профосмотр

☐

группа риска

☐

обязательный контингент

☐

прочие

3. посмертное

☐

группа риска

☐

обязательный контингент

☐

прочие

4. Дата появления первого симптома

5. Дата обращения в ПМСП .

6. Дата обращения в противотуберкулезную организацию– при наличии (далее –ПТО) .

III. Социально-профессиональный статус

IV. Факторы риска:

☐

туберкулез (далее – ТБ);

☐

беременность;

☐

туберкулез с множественной

☐

не вакцинирован БЦЖ.

лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)

☐

туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – ШЛУ ТБ);

☐

сахарный диабет;

☐

наркомания;

☐

злоупотребление алкоголем;

☐

нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;

☐

ВИЧ;

☐

неизвестен.

☐

женщины в послеродовом периоде до 1года;

V. Тип больного

VI. Локализация и форма туберкулеза: .

Диагноз

Осложнения туберкулезного процесса

☐

нет

☐

да

VII. Результаты исследования:

1. Наименование исследования

2. Дата исследования

3. Результат исследования

4. Посев мокроты (метод)

5. Рентген снимки (дата, результат)

6. Гистологически верифицирован

VIII. Информация о лечении:

1. МО в интенсивной фазе

2. МО в поддерживающей фазе

3. Дата начала лечения

4. Дата окончания лечения

5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

IX. Категория и схема лечения:

1. Интенсивная фаза (дата начала лечения, дата окончания лечения, наименование)

2. Поддерживающая фаза (дата начала лечения, дата окончания лечения, наименование)

Антиретровирусная терапия начата:

☐

да

☐

нет Если начато, дата начала .

Профилактика.

терапия котримоксазолом начата:

☐

да

☐

нет Если начато, дата начала .

X. Противотуберкулезные препараты (лист назначений)

1. Дата начала приема

2. Наименование препарата (в интенсивной фазе, в поддерживающей фазе)

3. Единица измерения
4. Доза (мг)
5. Объективные измерения пациента

XI. Дата окончания лечения .

XII. Исход лечения

Если пациент умер:

Дата смерти Место смерти

XIII. Диагноз снят

Диагноз окончательный

Примечания:

Фтизиатр Ф.И.О. (при его наличии), ID

Заполняется в случае смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

☐

да

☐

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного
сопутствующий

Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID

Список сокращений формы № ТБ 01/у "Медицинская карта больного туберкулезом":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
5	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
6	БОМЖ	Без определенного места жительства
7	ПМСР	Первичная медико-санитарная помощь
8	ПТО	Противотуберкулезные организации
9	БЦЖ	Вакцина против туберкулеза
10	МИС	Медицинская информационная система
11	ТЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность

Медицинская карта больного туберкулезом категории IV №

Дата регистрации

Дата госпитализации

I. Информация о больном:

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Регистрационный №

4. Дата рождения

5. Пол

☐

мужской

☐

женский

6. Возраст

7. Национальность

8. Гражданство

9. Житель

☐

города

☐

села

☐

БОМЖ.

10. Адрес фактического проживания

11. ФИО близкого лица

12. Адрес близкого лица область район город улица дом квартира

II. Выявление:

1. обращение

☐

группа риска

☐

обязательный контингент

☐

прочие

2. профосмотр

☐

группа риска

☐

обязательный контингент

☐

прочие

3. посмертное

☐

группа риска

☐

обязательный контингент

☐

прочие

Дата появления первого симптома

III. Эпизоды предыдущего лечения

№	Дата нач.лечения	тип	Схема лечения	Исход	Дата окон. леч.
1	.				.

IV. Факторы риска:

☐

туберкулез (далее – ТБ);

☐

нахождение в местах лишения свободы

☐

туберкулез с множественной за последние 2 года; лекарственной устойчивостью

–

☐

ВИЧ; при наличии (далее – МЛУ ТБ)

☐

неизвестен.

☐

туберкулез с широкой лекарственной

☐

женщины в послеродовом периоде устойчивостью – при наличии (далее – до 1года; ШЛУ ТБ);

☐

беременность;

☐

сахарный диабет;

☐

не вакцинирован БЦЖ.

☐

наркомания;

☐

злоупотребление алкоголем;

V. Социально-профессиональный статус

VI. Тип больного: .

VII. Локализация и форма туберкулеза:

Диагноз Осложнения туберкулезного процесса

☐

нет

☐

да

VIII. Причина перевода в категорию IV .

IX. Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии (далее – ВКК):

1. Форма ТБ

2. Дата проведения ВКК

3. Принятое решение при МЛУ ТБ:

4. Заключение при МЛУ ТБ .

5. Причина не назначения . при ШЛУ ТБ:

6. Заключение при ШЛУ ТБ .

7. Причина не назначения .

8. Дата перевода на другой режим .

X. Информация о лечении:

1. МО в интенсивной фазе

2. МО в поддерживающей фазе

3. Дата начала лечения

4. Дата окончания лечения

5. Лечение (стационарное, амбулаторное, санаторно)

Хирургическое лечение:

Код, наименование, ID МО

Для пациентов с положительным результатом по 113 коду:

☐

Антиретровирусная терапия начата:

☐

профилактическая терапия котримоксазолом начата

XI. Результаты исследования:

1. Наименование исследования

2. Дата исследования

3. Результат исследования

4. Посев мокроты (метод)

5. Рентген снимки (дата, результат)

XII .Противотуберкулезные препараты (лист назначений) категории IV

1. Наименование препарата

2. Дата начала лечения

3. Единица измерения

4. Доза (мг)

5. Изменение дозы и отмена приема лекарств

6. Объективные измерения пациента

XIII. Дата окончания лечения

XIV. Исходы лечения

Если пациент умер:

Дата смерти .

Место смерти

XV. Диагноз снят .

Примечания:

Фтизиатр Ф.И.О. (при его наличии), ID.

Примечание:

Заполняется в случае смерти:

Умер дд/мм/гг

Аутопсия проводилась:

☐

да

☐

нет

Патологическое (гистологическое) заключение:

Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного
сопутствующий

Врач Ф.И.О. (при его наличии), ID

**Список сокращений формы № ТБ 01/у категории IV "Медицинская карта
больного туберкулезом категории IV":**

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер

3	МО	Медицинская организация
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
5	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
6	БОМЖ	Без определенного места жительства
7	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
8	ПТО	Противотуберкулезные организации
9	БЦЖ	Вакцина против туберкулеза
10	МИС	Медицинская информационная система
11	ТЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность

Медицинская документация форма № ТБ 03/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета регистрации больных туберкулезом

1. Дата регистрации
2. Индивидуальный идентификационный номер
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения
5. Пол
6. Адрес проживания
7. Организация (в интенсивной фазе/в поддерживающей фазе)
8. Типы больных
9. Категория лечения
10. Дата начала лечения
11. Мониторинг лечения
12. Метод диагностики
13. Мероприятия по ВИЧ/СПИД
14. Исход пребывания

Медицинская документация форма № ТБ 11/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации больных туберкулезом категории iv

левая часть

_____ область _____
 _____ район

Рег. №	Дата регистрации	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Пол	Дата рождения	Адрес фактического проживания	Медорганизация в интенсивной фазе

продолжение таблицы

Рег.№ в ТБ 03 (дата рег-ии)	Локализация (Л/ВЛ)	Тип	Получал ПВР	Подтвержден МЛУ ТБ	Подозрение на МЛУ ТБ	Подтвержден ШЛУ ТБ	Подозрение на ШЛУ ТБ	Схема лечения Дата начала лечения

ПВР - препараты второго ряда; ПТР - препараты третьего ряда;

Метод диагностики			Дата взятия материала на ТЛЧ	Результат ТЛЧ**, по которому пациент зарегистрирован в категорию IV. Если ТЛЧ в ожидании, то результат должен быть внесен позже. См. карту лечения для полной истории результатов ТЛЧ. **Уст – устойчив, Ч – чувствителен П – пророст (результат/дата)												
				Н	Р	Е	С	З	См	Км	Ам	Сs	Pto/ Eto	PAS	Ofx	Lfx
Л-Й	Бактек	Молекулярный														
Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)																
Месяц																
1					2		3		4		5		6			
М				П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П		
Лаб №					Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №			

продолжение таблицы

Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)											
Месяц											
7		8		9		10		11		12	
М		П		М		П		М		П	
П		М		П		М		П		М	
Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №	

*1- Новый; 2- Рецидив; 3- Нарушение режима; 4- НЛ после I кат; 5 - НЛ после II кат; 6 - НЛ после III кат; 7 - Переведен; 8 - Другие: 8.1 –рецидив МБТ(-); 8.2 - лечение после перерыва МБТ(-); 8.3 –неудача лечения МБТ(-); 8.4 – симптоматическое лечение. Молекулярный: Хайн-тест, G-Xper

средняя часть

Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)
--

Айлар/Месяц													
12		13		14		15		18		21		24	
М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №		Лаб №	

правая часть

Исходы лечения (дата)								Мероприятия по ВИЧСПИД (результат/дата)			Примечание
Вылечен	Лечение завершено	Неудача лечения	Нарушение режима лечения	Переведен	Умер			Тест	АРТ	ПТК	
					От ТБ		О т других причин				
					В стационаре	Н е в стационаре					

Аббревиатура лекарств: ПТП первого ряда: Н – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левифлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – П-аминосалициловая кислота;

АРТ – антиретровирусная терапия, ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

Медицинская документация форма ТБ 12/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов

Дата начала ведения

Международное непатентованное наименование и дозировка

Торговое название Производитель Страна-производитель

Накладная поставщика №

. Форма выпуска:.

Единица измерения: Серия

Срок годности.

№ п/п	Дата (день, Месяц)	Остаток на начало года, дня, месяца	П р и х о д				Всего приход с остатком
			Количество				

			П о разрядке	№ накладной	Из других учреждений, ведомств	№ накладной	Кол-во

продолжение таблицы

Расход			Всего расход		Остаток на конец дня, месяца	Примечания (возврат, потери)
Куда (ПМСП, ПТО, район, отделение, пост)	№ Накладной	Кол-во ПТП	В самом учреждении	В другие (районы, ПТО ПМСП)		

Список сокращений формы № ТБ 12/у

"Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов":

1	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
2	ПТО	Противотуберкулезные организации
3	ПТП	Противотуберкулезные препараты

Приложение 2
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147
Приложение 2 к приказу
исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

Медицинская документация форма № 020/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан

Форма учета операций/манипуляций

1. Дата и время
2. Индивидуальный идентификационный номер

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения
5. Адрес проживания

6. Кем направлен
7. Взято на гистологию
8. Диагноз (до, после операции/манипуляции)
9. Код и название операции/манипуляции
10. Метод обезболивания

11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор хирурга, ассистента, операционной сестры/медицинской сестры

Медицинская документация форма № 021/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан

Форма учета родов

1. Дата и время обращения
2. Индивидуальный идентификационный номер

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) роженицы
4. Дата рождения
5. Адрес проживания
6. Которая беременность, которые роды
7. Роды в срок или преждевременные
8. Психопрофилактическая подготовка к родам
9. Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)
10. Осложнения в родах. Экстрагенитальные заболевания
11. Операции, пособия в родах (указать какие)
12. Дата и время родов (число, месяц, час, минута)
13. Сведения о новорожденном (живой/мертвый, пол)

14. Кто принимал роды (врач, акушерка), фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор

Медицинская документация форма № 022-2/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета медицинского освидетельствования, справок

1. Дата и время проведения освидетельствования или выдачи справки
2. Индивидуальный идентификационный номер

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
4. Дата рождения

5. Место жительства

6. Кем направлен (заполняется при наличии направления)

7. № направления (заполняется при наличии направления)

8. Причина направления (заполняется при наличии направления)

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) доставившего (заполняется при наличии направления)

10. Заключение

11. Идентификатор сотрудника, выполнившего освидетельствование или выдавшего справку

Медицинская документация форма № 028/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан

Карта диализа №

Общая часть

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Гражданство

8. Житель

☐

города

☐

села

Адрес проживания

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Группа инвалидности

12. Тип возмещения

13. Социальный статус

14. Наименование направившей МО (из регистра МО)

15. Диагноз основной код наименование

16. Фоновые заболевания код наименование

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

17. Дата начала лечения гемодиализом

18. Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

19. Дата проведения: начало, окончание

20. Гемодиализ №

Аппарат №

21. Тип диализатора:

☐

низко поточный

☐

высоко поточный

размер

м2, производитель

22. Гемодиализ:

☐

бикарбонатный

☐

23. Профиль ультрафильтрации:

☐

ИУФ

☐

УФ

☐

Na

24. Сосудистый доступ:

☐

A-V фистула

☐

протез

☐

катетер

25. Антикоагулянт:

☐

гепарин

☐

клексан

☐

фраксипарин

26. Доза

ед.

27. Способ

☐

общая

☐

дозированная

☐

региональная

28. Скорость кровотока

мл/мин. Скорость потока диализата

мл/мин

29. Назначенное время ГД

ч. Эффективное время ГД

ч.

30. Сухой вес

31. Вес до ГД

, вес после ГД

32. Ультрафильтрация

33. Артериальное давление:

	До ГД	1 час	2 часа	3 часа	4 часа	после ГД
АД						

34. Лекарственные препараты

Наименование препарата	Ед. из.	Количество

35. Технические осложнения

36. Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении:

37. Причина прекращения лечения гемодиализом

38. Проведено процедур гемодиализа: _____

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

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

Применимо при: РЕТ оценочный лист

Дата проведения:

№ МКСБ

Вес:

Рост:

Возраст:

BSA (m2):

BW(L):

Ночной залив: р-р

Время задержки:

Объем залива:

Объем слива:

РЕТ: р-р

Начало залива: окончание залива:

Объем залива:

Объем слива:

Ультрафильтрация:

Длительность слива:

Кровь	Креатинин (мкмоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор (ммоль/л)
0 минут				
120 минут				
240 минут				
Диализат	Креатинин (мкмоль/л)	Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Ф о с ф о р (ммоль/л)
ночной				
свежий				
0 минут				
30 минут				
60 минут				
120 минут				
180 минут				
240 минут				

Кровь	Креатинин	Глюкоза	Скорректированный креатинин		
Кровь 2-х часовая					
Диализат	Креатинин	Глюкоза	Скорректированный креатинин	D/P	D/D0
Диализат 0 часовой			0 часовой		
Диализат 2х часовой			2х часовой		
Диализат 4х часовой			4х часовой		

Фактор коррекции
ФК=креатинин свеж p-p / глюкоза свеж p-p
ФК=Скорректированный креатинин
кровь 2х часовая
 Креатинин* _____ (-)
 Глюкоза=(_____) x ФК = _____
 Скорректированный креатинин= _____

Диализат
 0 часовой Креатинин* _____ (-)
 Глюкоза=(_____) x ФК = _____
 Скорректированный креатинин= _____
 2х часовой Креатинин* _____ (-)
 Глюкоза=(_____) x ФК / ФК = _____
 Скорректированный креатинин= _____
 4х часовой Креатинин* _____ (-)
 Глюкоза=(_____) x ФК = _____
 Скорректированный креатинин= _____
 4х часовой Креатинин* _____ (-)
 Глюкоза=(_____) x ФК = _____
 Скорректированный креатинин= _____

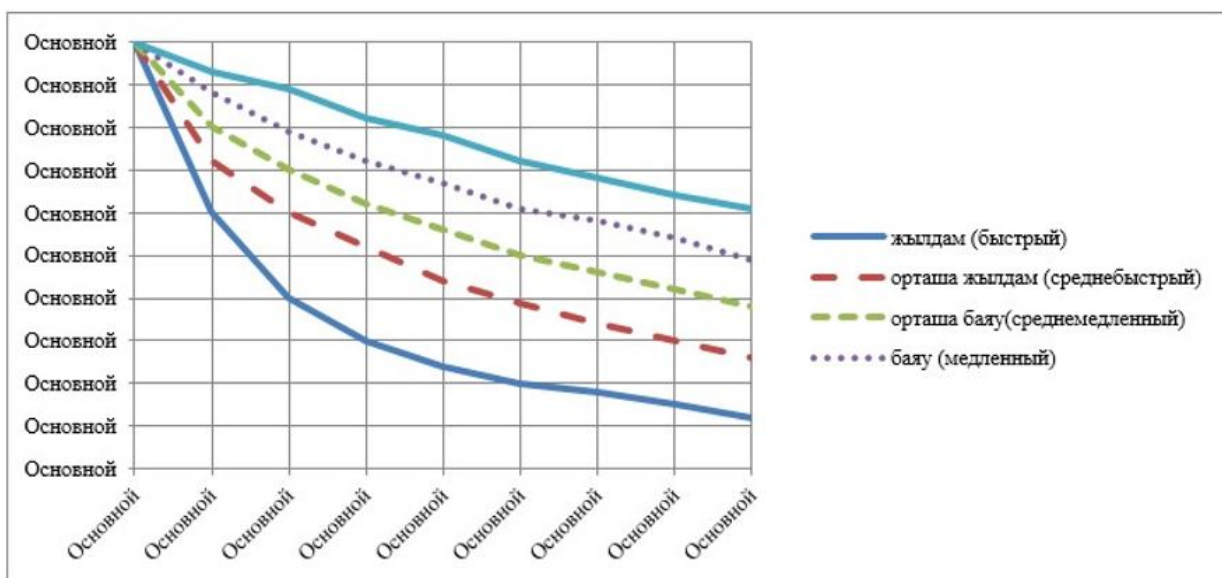
D/P Dialysate/Plasma Ratios
D/P на 0 часов
 Скорректированный креатинин диализата, 0 часов _____
 Скорректированный креатинин крови _____
D/P на 2 часа
 Скорректированный креатинин диализата, 2 часов _____
 Скорректированный креатинин крови _____
D/P на 4 часа
 Скорректированный креатинин диализата, 4 часов _____
 Скорректированный креатинин крови _____
D/D₀
 Глюкоза 2х часов = _____
 Глюкоза 0 часов _____
 Глюкоза 4х часов = _____
 Глюкоза 0 часов _____

Креатинин* - измеренный креатинин

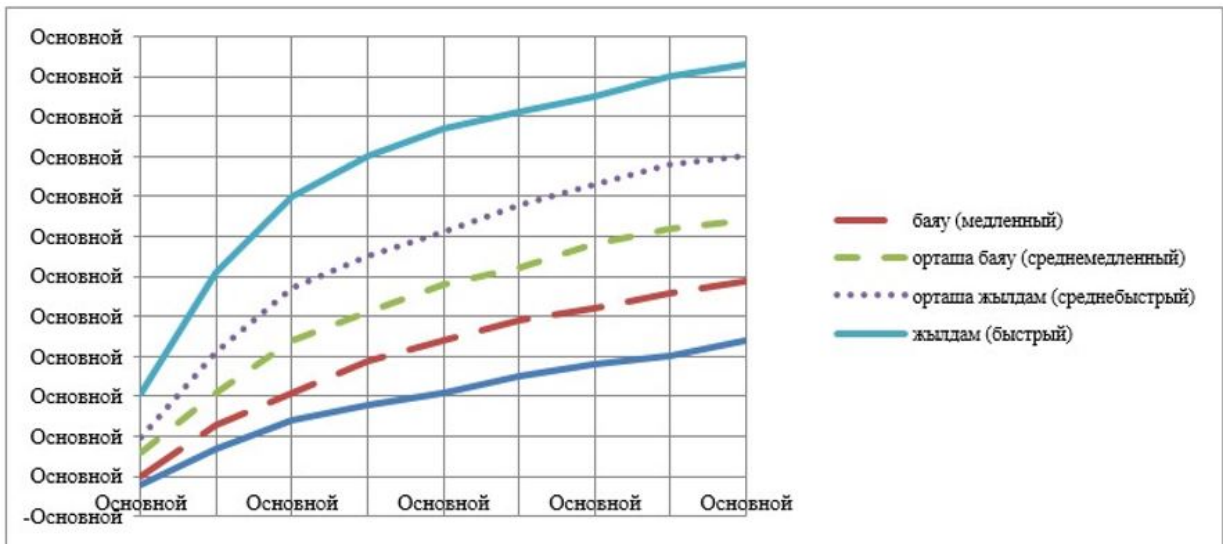
Фактор конвертации: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18, Креатинин: мг/дл=ммоль/л ÷ 88

Мочевина: мг/дл=ммоль/л x 2,82

D/D₀ Глюкоза



D/P скорректированный креатинин



Транспортная категория	4x часовой D/P креатинина	4 x часовой D/D0 глюкозы
Быстрый	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Среднебыстрый	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Среднемедленный	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48
Медленный	0,34 – 0,49	0,49 – 0,61

Закключение:

Ф.И.О. (при его наличии) врача, ID

Дата

Применимо при: Оценочный лист адекватности ПД

Кровь

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

24x-часовая моча и диализат

	Мочевина Ммоль/л	Креатинин Мкмоль/л	Vol ml	in	Vol ml	out	Net ml	vol
Диализат								
Моча								

ПД-программа:

Результаты:

modality	CCr Total Norm L/week/ 1.73m2	Total KT/ V	Fluid removal L	eGFR ml/ min	Albumin g/dl	nPCR g/kg/ day	BSA m2	eTBW L	Transport type	4-hr CRT D/P	Age

Urea Clearance

L/week Creatinine Clearance (CrCl)

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

Дата проведения

Заключение:

Ф.И.О. (при его наличии) врача ID

[illegible]

29	МКСП	Медицинская карта стационарного пациента
30	МО	Медицинская организация
31	ПД	Перитонеальный диализ
32	УФ	Ультрафильтрация
33	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
34	ФК	Фактор коррекции

Медицинская документация форма № 029-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал учета разведенных цитостатиков

Начат окончен

дата выдачи цитостатика для разведения	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись выдавшего лица	кол-во	дата разведения	наименование отделений, направивших заявки на разведение цитостатика	расход (мг, количество фл/амп)	общий остаток цитостатика	доза утилизируемого остатка (мг, количество фл/амп)	время вскрытия флакона/ампулы, срок и температура хранения остатка цитостатика по инструкции
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении

Отделение _____

Начат окончен

№ п/п	дата	№ заявки	отделение	№ истории болезни пациента	Ф.И.О. (при его наличии) пациента	Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача	Наименование назначаемого цитостатика (МНН), доза
1	2	3	4	5	6	7	8

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 и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков.

Медицинская документация форма № 035/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии 20 ____ года

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

Р/с № п/п	Дата	Фамилия врача, направившего пациента	Фамилия, имя, отчество пациента (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Адрес пациента	Место работы (название предприятия и цеха, организации)	Профессия (выполняемая работа, должность)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Диагноз или повод, по которому больной представлен на ВКК	№ листка нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листка нетрудоспособности, дата направления на МСЭ, заключение МСЭ и т.д.)	Идентификатор члена комиссии	Примечания
10	11	12	13	14	15

Медицинская документация форма № 035-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Заключение врачебно – консультационной комиссии № _____

от " ____ " _____ 20 ____ года

Выдана физическому лицу _____

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____

Пол _____

Индивидуальный идентификационный номер _____

Домашний адрес, телефон _____

Место работы _____

Диагнозы _____

Заключение врачебно – консультационной комиссии _____

Председатель комиссии _____

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

Секретарь _____

(Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) подпись)

М.П.

Медицинская документация форма 035-2/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Справка

Дата выдачи

Наименование МО

1. Индивидуальный идентификационный номер

2. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) в соответствии с документами, удостоверяющими личность

3. Дата рождения:

4. Адрес проживания

5. Медицинское заключение

6. Рекомендации (при необходимости)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку,

Место печати

Медицинская документация форма 035-3/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

--	--

Место для фото

Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта (в том числе из государства-члена ЕАЭС) № _____ (наименование учреждения (организации), выдавшего заключение)

1. Индивидуальный идентификационный номер/номер паспорта
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (полностью)
3. Пол
4. Дата рождения
5. Дата последнего въезда в Республику Казахстан
6. Адрес постоянного места жительства
7. Заключение терапевта/ВОП Идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других), дата и время

Результаты обследования*:

Инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, венерическая лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

☐

выявлено

☐

не выявлено

Лепра (болезнь Гансена):

☐

выявлено

☐

не выявлено

Данные рентгенологического (флюорографического) обследования дата и время, результат:

Туберкулез:

☐

выявлено

☐

не выявлено

8. Заключение инфекциониста Идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других) дата и время

Острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных заболеваний и гриппа)

☐

выявлено

☐

не выявлено

9. Заключение психиатра Идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других) дата и время

10. Заключение нарколога Идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других) дата и время

Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ дата и время, результат.

Руководитель государственного учреждения (организации) здравоохранения: (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Место печати

Примечание:

* - в случае пребывания с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по п.п. 6.1-6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) – АКДС, против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита "В", туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

Дата заполнения:

Срок действия: 3 месяца

Медицинская документация форма № 036/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Книга регистрации листков нетрудоспособности

№ п/п	№ л и с т к а нетрудоспособности, выданного данной мед. организацией		№ листка нетрудоспособности, выданного другой медицинской организацией		ИИН пациента	Дата рождения	Адрес пациента	Место работы и должность
	первый	продолжение	первый	продолжение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Диагнозы		Фамилия врача		Освобожден от работы		Всего календарных дней освобождения от работы	Отметка о направлении пациента в другие лечебные организации
первичный	заключительный	выдавшего листок нетрудоспособности	закончившего л и с т о к нетрудоспособности	с какого числа	п о какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

Медицинская документация форма № 038/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал учета мероприятий формирования здорового образа жизни (далее – ФЗОЖ)

Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) специалиста, должность, № участка, № АПО

№ п/п	Дата	Количество времени	Вид мероприятия	Тема	Охват слушателей	Количество слушателей
1	2	3	4	5	6	7

Пояснение по заполнению формы № 038/у "Журнала учета мероприятий по ФЗОЖ":

1. В графе 3 "Количество времени" указать в минутах время, затраченное на проведение мероприятия.

2. В графе 4 "Вид мероприятий" для унификации данных предлагается использование букв алфавита:

Л – лекция; ОС – обучающий семинар; СП – стендовая пропаганда; ББ – раздача буклетов, брошюр, листовок; СМИ – выступления в средствах массовой информации; КЗ – клубы здоровья (для молодых родителей, диабетиков и др.); А – различные медико-социальные исследования (анкетирование).

3. В графе 5 "Тема" указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям.

4. В графе 6 "Охват слушателей" указать количество участников мероприятия и общую медико-возрастную характеристику группы населения (З – здоровые, Д1 – с факторами риска, Д2 – с острой патологией, Д3 – с хронической патологией), через тире указать средний возраст слушателей).

5. В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять Ф.И.О. (при его наличии) слушателей, а только указать их количество.

В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав:

в третьей графе – общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы,

в четвертой графе – количество видов санпросвет работы,

в пятой графе – количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ

в шестой графе – общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями.

Медицинская документация форма № 088/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Заключение на медико-социальную экспертизу №

1. ИИН / № паспорта (для иностранцев)

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Гражданство

6. Житель

☐

города

☐

села

7. Адрес проживания

Номер мобильного телефона

8. Наименование направившей МО (из регистра МО)

9. Кем направлен Ф.И.О. (при его наличии) ID

Должность направившего

10. Дата направления

11. Группа инвалидности

12. Степень утраты общей трудоспособности

13. Степень утраты профессиональной трудоспособности

14. Место работы/учебы/детского учреждения

15. Основная профессия

16. Должность

17. Под наблюдением лечебной организации

18. Клинико-трудовой анамнез

Диагностика, лечебные мероприятия

При наличии травмы:

а) тип травмы б) дата получения травмы в) место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно)

Результаты проведенных реабилитационных мероприятий

Изменение условий труда

19. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)
наименование код

20. План реабилитационных мероприятий

21. Состояние пациента при направлении на МСЭ

данные объективного обследования терапевта данные объективного
обследования невролога данные объективного обследования хирурга данные
объективного обследования других специалистов данные дополнительных
исследований

22. Лабораторные исследования

23. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ

основное диагноз сопутствующие диагноз осложнения

24. Основание направления на МСЭ

25. Освидетельствование

Данные законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) при
наличии:

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)

Номер мобильного телефона

26. Удостоверено: Ф.И.О. (при его наличии) и ЭЦП председателя ВКК

27. QR код

Извещение об экспертном заключении МСЭ

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

2. Дата направления извещения

3. ИИН

4. Ф.И.О. (при его наличии)

5. Дата рождения

6. Пол

☐

мужчина

☐

женщина

7. Группа инвалидности

8. Степень утраты общей трудоспособности

9. Степень утраты профессиональной трудоспособности

10. Адрес регистрации

11. Житель



города



села

12. Место работы/учебы/детского учреждения, должность

13. Клинико-экспертный диагноз:

основной диагноз наименование код сопутствующий диагноз наименование

код

14. Экспертное заключение МСЭ:

14.1 группа инвалидности

причина инвалидности срок инвалидности дата переосвидетельствования

14.2 степень утраты общей трудоспособности, срок

14.3 степень утраты профессиональной трудоспособности

причина инвалидности срок инвалидности дата переосвидетельствования

15. Разработана ИПР инвалида №

16. Рекомендации по реабилитации

а) по медицинской реабилитации

б) по социальной реабилитации

с) по профессиональной реабилитации

17. № Акта медико-социальной экспертизы

18. Удостоверено ЭЦП начальника отдела МСЭ/МК МСЭ

Ф.И.О. (при его наличии)

Примечание. Заключение на МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП председателя ВКК.

Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП начальником отдела МСЭ/МК МСЭ.

Заключению на МСЭ присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

Список сокращений формы № 088/у "Заключение на медико-социальную экспертизу":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ВКК	Врачебно-консультационная комиссия
3	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
4	ИПР	Индивидуальная программа реабилитации
5	МСЭ	Медико-социальная экспертиза
6	МО	Медицинская организация
7	Отдел МСЭ	Отдел медико-социальной экспертизы

8	Отдел МК МСЭ	Отдел методологии и контроля МСЭ
9	РК	Республика Казахстан
10	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
11	ЭЦП	Электронная цифровая подпись

Медицинская документация форма № 088-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Р/ с № № п/ п	Дата	Фамилия , Имя, Отчество (при его наличии)	1. Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения , возраст	Домашний адрес и телефон	Место работы	Группа инвалидности/ Ребенок-инвалид	Клинический диагноз	Т и п освидетельс первичное повторное (
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Медицинская документация форма № 088-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации (далее – ИПР) пациента/инвалида

1. Индивидуальный идентификационный номер
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
3. Дата рождения
4. Адрес, домашний телефон
5. ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужное подчеркнуть)
6. Категория инвалидности (при наличии)
7. Реабилитационный диагноз
8. Шифр по Международной классификации болезней 10 пересмотра (далее – МКБ-10)
9. Этап и объем медицинской реабилитации:
 - 9.1 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)

9.2 этап - для реабилитации больных других профилей второй этап (стационарный), третий этап (амбулаторный)

10. Образование

11. Профессия (специальность)

12. Реабилитационно-экспертное заключение:

12.1 для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный)

12.2 реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие реабилитационного потенциала;

12.3 для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей)

12.4 реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	Профили	До реабилитации	После реабилитации	Оценка результатов
1.	Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травмотология, ортопедия			

13. Мероприятия по медицинской реабилитации*

р / с	Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации	Сроки медицинской реабилитации	Отметка об исполнении (+, -)	Обоснование причины не выполнения
		Дата, длительность, организация проведения медицинской реабилитации (указать)		
1	Физическая реабилитация Физиотерапия Психокоррекция Эрготерапия Консультация социального работника Обучение пациента			
2	Реконструктивная хирургия			
3	Дополнительные услуги (вписать)			

Примечание: * – заполняет профильный специалист мультидисциплинарной команды

14. Рекомендации по медико-социальной реабилитации*

--	--	--

Мероприятия, услуги, технические средства	Сроки проведения (месяц и год реализации)	Конкретные виды, в которых нуждается пациент
Протезирование и ортезирование		
Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
Санаторное лечение (указать профиль)		
Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
Другие		

Примечание: * – заполняет профильный специалист/медицинский реабилитолог мультидисциплинарной команды

15. Оценка результатов медицинской реабилитации:

15.1 восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата) на основании полученных результатов

Дата

Удостоверено электронной цифровой подписью (далее – ЭЦП) руководителем МДК Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Удостоверено ЭЦП председателя ВКК/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

16. Оценка результатов реализации медицинской части ИПР (подчеркнуть):
восстановление нарушенных функций (полное или частичное),
компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата)

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде. Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

Медицинская документация форма № 090/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Извещение

Направлено в:

Общая часть

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Адрес проживания

6. Контактный телефон

7. Семейное положение

8. Место работы/учебы/детского учреждения

9. Адрес организации

10. Должность пациента

11. Дата: заболевания первичного обращения/выявления установления диагноза госпитализации

12. Диагноз

13. Куда направлен пациент (из регистра МО)

14. Наименование МО заполнившей извещение (из регистра МО)

15. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор врача заполнившего извещение

16. Дата и время заполнения

Заполняется при инфекционных заболеваниях:

1. Указать где произошло, описать обстоятельства

2. Контактные лица:

2.1 Ф.И.О. (при его наличии)

2.2 Отношение к пациенту

2.3 Адрес проживания

2.4 Контакты

3. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения

Заполняется при профессиональных заболеваниях:

1. Общий стаж работы

2. Стаж работы (в контакте с вредными производственными факторами)

3. Вредный производственный фактор, вызвавший заболевание

4. Если отравление – указать где произошло, чем отравлен

Заполняется при онкозаболевании:

1. Обстоятельства выявления опухоли

2. Стадия опухолевого процесса

3. Диагноз

4. Метод подтверждения диагноза

Заполняется при трансплантации реципиента органа (части органа):

1. Дата: выполнения трансплантации органа (части органа)

2. Дата выписки

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное

заболевание, паразитарное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление, онкологическое заболевание или подозревающих их,

а также при изменении диагноза.

Посылается в уполномоченный орган по месту выявления пациента не позднее

установленного срока с момента обнаружения пациента.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапывания, ослюнения домашними

или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Список сокращений формы № 090/у "Извещение":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МО	Медицинская организация
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 093-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета медицинских услуг

1. Индивидуальный идентификационный номер;
2. Фамилия, имя, отчество пациента (при его наличии);
3. Дата и время;
4. Диагноз;
5. Наименование услуги;
6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор проводившего

Медицинская документация форма № 094/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Медицинская документация форма № 094/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Контрольный талон к справке о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя № _____	СПРАВКА о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией № _____
В ы д а н а	В ы д а н а
Индивидуальный идентификационный номер	Индивидуальный идентификационный номер
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Д а т а	Д а т а
П о л	П о л
р о ж д е н и я	р о ж д е н и я
М е с т о	М е с т о
р а б о т ы	р а б о т ы
Наименование предприятия, организации, хозяйства	Наименование предприятия, организации, хозяйства

Место работы	Д и а г н о з
Наименование предприятия, организации, хозяйства	Заключительный диагноз
Д и а г н о з	Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)
Заключительный диагноз	Р е ж и м
Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)	направлен на МСЭ (ВТЭ), дата и время
Освобожден от работы с дд/мм/гг по дд/мм/гг	Находился в стационаре с дд/мм/гг по дд/мм/гг
Фамилия врача, выдавшего справку	Идентификатор врача
Идентификатор врача	Освидетельствован МСЭ (ВТЭ), дата и время
Приступить к работе (число и месяц)	Заключение МСЭ (ВТЭ)
Должность, фамилия и идентификатор врача (идентификатор лечебной организации)	Перевести временно на другую работу с _____
	п о
	(Идентификатор МСЭ (ВТЭ)
	Идентификатор главного врача
	Идентификатор председателя

Медицинская документация форма № 095/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Медицинская документация форма № 095/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
---	---

Контрольный талон к справке № _____ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации Диагноз заболевания Освобожден с _____ по _____ Освобождение продлено: с _____ по _____ Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку	С п р а в к а № _____ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть) Д а т а в ы д а ч и Студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть) Название учебного заведения, дошкольной организации Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения (год, месяц, для детей до 1 года-день) Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими) нужное подчеркнуть, вписать освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации с дд/мм/гг по д д / м м / г г Идентификатор медицинской организации Идентификатор врача поликлиники
--	---

Медицинская документация форма № 095-2/у
утверждена приказом исполняющего обязанности

Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Медицинская документация форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанно здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907									
Контрольный талон к справке № _____ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Место службы, работы Диагноз заболевания (прочие причины освобождения) Освобожден) с дд/ мм/гг по дд/мм/гг Освобождение продлено: с дд/мм/гг по дд/мм/гг Фамилия, идентификатор врача, выдающего справку Примечание: Контрольные талоны служат для учета выданных справок.	С п р а в к а № _____ о временной нетрудосп Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. орто протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных орга усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за больным родст карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается ме работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное Д а т а _____ Индивидуальный идентификационный _____ Фамилия, имя, отчество (при его _____ Д а т а _____ р о ж А д р е с _____ п р о ж М е с т о _____ с л у ж б ы , П р о ф е с с и я , _____ д о Диагноз заболевания (прочие причины освс _____ Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, _____ (п о д ч е р к н у т ь , _____ Освобождение от работы _____ <table border="1"> <tr> <td>с какого числа</td> <td>по какое число (включительно)</td> <td>(должность и фамилия врача</td> <td>подпись врача</td> <td>подпись г ВКК</td> </tr> </table> П р и с т у п и т ь _____ к _____ р а б о т е _____ с _____ Идентификатор медицинской организации _____					с какого числа	по какое число (включительно)	(должность и фамилия врача	подпись врача	подпись г ВКК
с какого числа	по какое число (включительно)	(должность и фамилия врача	подпись врача	подпись г ВКК						
Медицинская документация форма № 100/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здра Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907										

№ _____ Заключение судебно-психиатрической экспертизы
20 ____ год " ____ " _____

Лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе _____

— — — — —

— — — — —

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

Дата рождения _____

— — — — —

обвиняемого по статье _____

— —
— — —
или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в
о т н о ш е н и и
которого решается вопрос о дееспособности (нужное подчеркнуть)

— — —
Экспертиза первичная, повторная, дополнительная; в двух последних случаях
указывается когда, кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

— — —
Вопросы, поставленные перед экспертами:

1. _____

— — —
2. _____

— — —
3. _____

— — —
Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела
с у д е б н о - п с и х и а т р и ч е с к а я
комиссия в составе):

Председателя _____

_____ Членов комиссии _____

— — — — — — —
_____ Врача-докладчика _____

_____ Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного
заключения

по статье 352 Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты
предупреждены.

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы
"Заключения" излагаются на следующих (листах).

Медицинская документация форма № 101/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

№ _____ **Заключение психиатрического освидетельствования**
осужденного

_____ на испытуемого _____

_____ Дата рождения: _____ осужденного по статье

_____ на срок _____

_____ Срок наказания исчисляется с _____

_____ Психиатрическое освидетельствование осужденного произвела судебно-
_____ психиатрическая комиссия в амбулаторных, стационарных (нужное
подчеркнуть) условиях в составе:

_____ Председателя _____

_____ Членов комиссии _____

_____ Врача-докладчика _____

_____ на основании постановления _____

_____ от 20 ____ года _____

_____ Права и обязанности эксперта, предусмотренные от _____

_____ УК _____

об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье

_____ УК _____ эксперты предупреждены.

Остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих _____ листах.

Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения),
развитие заболевания, если таковое имеется: описание физического,

неврологического, психического состояния и данные лабораторных
исследований;

заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз
и экспертное заключение)

Медицинская документация форма № 103-12/у утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинское свидетельство о рождении № ____
(выдается для предоставления в регистрирующие органы)

Дата выдачи "....." 20_____ г.

1. ИИН
 2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)
 3. Адрес (место постоянного жительства матери)
 4. Дата рождения матери
 5. Национальность матери
 6. Семейное положение матери
 7. Образование матери
 8. Дата и время родов
 9. Место родов
 10. Пол ребенка
 - 10-1. Ребенок родился: при одноплодных родах
- 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных
родах - 4
 - 10-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переносный - 3
 - 10-3. Масса ребенка при рождении и рост (см).
 - 10-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность
живорождений)
 11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача,
(среднего медицинского работника)
- Идентификатор медицинской Идентификатор медицинского
организации или физического лица, работника _____

занимающегося частной медицинской практикой

К сведению родителей

В соответствии со ст. 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" регистрация

ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка

должно быть сделано не позднее двух месяцев со дня рождения ребенка.

Медицинская документация форма № 104/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

№ _____ **Заключение психиатрического освидетельствования**
лица,

находящегося на принудительном лечении

20__ года "___" _____

фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Дата рождения _____

Индивидуальный идентификационный номер _____

20__ года "___" _____ согласно определению суда

_____ обвинявшегося по
статье _____

_____ года "___" _____ находящегося на
принудительном лечении в данном учреждении

Психиатрическое освидетельствование произвела врачебная комиссия в
составе:

Председателя _____

_____ членов комиссии _____

2. Карта:

☐

– первичная

☐

– вторичная

3. Фамилия _____ имя _____

_____ отчество (при его наличии) _____

4. ИИН _____

5. Национальность _____

6. Дата рождения / ____ / ____ / ____ /
(дд/мм/гггг)

7. Возраст _____
(полных лет)

8. Место жительства _____

(страна, область, административный район) (населенный пункт, улица, дом, кв.)

9. Медицинская организация, на уровне которой допущены дефекты оказания медицинских услуг)

10. Диагноз направившей организации

Код МКБ-10

--	--

11. Диагноз заключительный

Код МКБ-10

а) основной:	
б) сопутствующий:	
с) осложнения:	

Экспертная оценка качества медицинской помощи

I. ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

- 0 – неизвестно;
- 1 – не наблюдался;
- 2 – дефектов не выявлено;
- 3 – отсутствие динамического наблюдения;
- 4 – недостатки обследования:
 - 4.1 – не обследован,
 - 4.2 – неполное лабораторно - инструментальное обследование,
 - 4.3 – недостатки консультативной помощи профильных специалистов;
- 5 – описания жалоб и анамнезов:
 - 5.1 – полные,
 - 5.2 – неполные,
 - 5.3 – не соответствуют диагнозу,
 - 5.4 – анамнез не указан,
 - 5.5 – анамнез не раскрыт полностью;
- 6 – недооценка тяжести состояния пациента ;
- 7 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования;
- 8 – неадекватная терапия:
 - 8.1 – лечение не проведено,
 - 8.2 – проведено не в полном объеме,
 - 8.3 – назначения без показаний;
- 9 – отсутствие госпитализации:
 - 9.1 – рекомендовано,
 - 9.2 – не рекомендовано;
- 10 – запоздалая госпитализация;
- 11 – качество и регулярность диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний:
 - 11.1 – стандарты соблюдаются,
 - 11.2 – стандарты не соблюдаются,
 - 11.3 – диспансеризация не проводилась;
- 12 – результаты лечения:
 - 12.1 – летальный исход предотвратимый,
 - 12.2 – исход "ухудшение" (экспертная оценка),
 - 12.3 – исход "без перемен" (экспертная оценка),
 - 12.4 – госпитализация в стационар вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне;

13 – наличие рекомендаций:

13.1 – отсутствуют,

13.2 – неполные,

13.3 – полные.

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

- 0 – нарушение транспортировки до госпитализации в стационар;
- 1 – дефектов не выявлено;
- 2 – дефекты госпитализации:
 - 2.1 – необоснованный отказ в госпитализации,
 - 2.2 – жалобы на качество оказанных медицинских услуг,
 - 2.3 – привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП,
 - 2.4 – случаи летальных исходов предотвратимые,
 - 2.5 – случаи осложнений, возникающих в результате лечения,
 - 2.6 – случаи с исходом заболевания "ухудшение" (экспертная оценка),
 - 2.7 – случаи с исходом заболевания "без перемен" (экспертная оценка),
 - 2.8 – случаи расхождения направительного и клинического диагнозов,
 - 2.9 – случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов;
- 3 – досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях;
- 4 – описания жалоб и анамнезов:
 - 4.1 – неполные,
 - 4.2 – не соответствуют диагнозу,
 - 4.3 – анамнез не указан,
 - 4.4 – анамнез не раскрыт полностью;
- 5 – недостатки диагностики:
 - 5.1 – неполная,
 - 5.2 – несвоевременная,
 - 5.3 – недооценка тяжести состояния,
 - 5.4 – отсутствие динамического наблюдения;
- 6 – ошибка в диагнозе:
 - 6.1 – диагноз полный (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),
 - 6.2 – диагноз не полный,
 - 6.3 – диагноз не установлен;
- 7 – кратковременное пребывание пациента в стационаре (менее 3 суток);
- 8 – недостатки обследования:
 - 8.1 – недоучет анамнестических и клинических данных,

- 8.2 – недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования,
- 8.3 - недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов,
- 8.4 - недоучет или переоценка заключений консультантов,
- 8.5 - назначение обследований без показаний,
- 8.6 - консилиум врачей (по показаниям):
 - 8.6.1 - проведен в полном объеме и своевременно,
 - 8.6.2 – не проведен;
- 9 – неадекватная терапия:
 - 9.1 - проведено не в полном объеме,
 - 9.2 - назначения без показаний;
- 10 - оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям)
- ;
- 11 - недостатки в проведении оперативного вмешательства:
 - 11.1 - запоздалое оперативное вмешательство,
 - 11.2 - неадекватный объем и метод оперативного вмешательства,
 - 11.3 - технические дефекты при операции,
 - 11.4 - операции без должных показаний,
 - 11.5 - неадекватная анестезия,
 - 11.6 - отсутствие профилактики возможных осложнений,
 - 11.7 - отсутствие трансфузионных средств;
- 12 - описания жалоб и анамнезов:
 - 12.1 – полные,
 - 12.2 – неполные,
 - 12.3 - не соответствуют диагнозу,
 - 12.4 - анамнез не указан,
 - 12.5 - анамнез не раскрыт полностью;
- 13 - результаты лечения:
 - 13.1 - летальный исход (предотвратимый),
 - 13.2 - исход "ухудшение" (экспертная оценка),
 - 13.3 - исход "без перемен (экспертная оценка);
- 14 - наличие рекомендаций:
 - 14.1 – отсутствуют,
 - 14.2 – неполные,
 - 14.3 – полные.

**Результаты патологоанатомических исследований и/или
судебно-медицинских экспертиз**

1. Результаты экспертизы	патологоанатомического	вскрытия	или	судебно-
Патолого-анатомический или судебно-медицинский диагноз/код по МКБ-10	совпадение клинического и патолого-анатомического судебно-медицинского диагнозов	Расхождение клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов		Ятрогенная
		I категория	II категория	
а. основной/(код)				
в. сопутствующий/(код)				
с. осложнения/(код)				

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

- 0 - нет замечаний;
- 1 - нерегулярное наблюдение врача;
- 2 - выполнение рекомендаций врача:
 - 2.1 - регулярное выполнение рекомендаций врачей,
 - 2.2 - нерегулярное выполнение рекомендаций врачей,
 - 2.3 - невыполнение рекомендаций;
- 3 - криминальное вмешательство;
- 4 - отказ от предложенного амбулаторного лечения;
- 5 - отказ от госпитализации;
- 6 - задержка с обращением за медицинской помощью;
- 7 - самовольный уход из стационара.

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

- 1 - своевременная госпитализация пациента;
- 2 - социальное благополучие;
- 3 - более ранняя диагностика патологического состояния;
- 4 - дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенодиагностика и др. исследования);
- 5 - правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов;
- 6 - своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное;
- 7 - квалификация специалистов.

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

- 0 - данных нет;

1 - ятрогенные причины:

1.1 – нет, 1.2 – есть _____

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – предотвратима;

2 – условно предотвратима;

3 – непредвратима.

Дата заполнения карты "___" _____ 20 __ ж. (г.)

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

— Дата ввода карты "___" _____ 20 __ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X
пересмотра

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УЗИ – ультразвуковое исследование

Медицинская документация форма № 106/у-12 утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинское свидетельство о смерти № _____

Дата выдачи "___" _____ 20 __ г.

**(предварительное, окончательное, взамен предварительного,
окончательного № _____)**

1. Фамилия, имя, отчество умершего (при его наличии) _____

_____ (в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

3. Пол: мужской - 1, женский – 2 (подчеркнуть)

4. Дата рождения _____ число _____ месяц _____ год

5. Дата смерти _____ число _____ месяц _____ год

1 для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный, недоношенный
масса (вес) при рождении: грамм, рост см, число месяцев и дней жизни, по
счету

ребенок у матери, возраст матери

критерии живорождения (дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное

сокращение мускулатуры)

6. Место последнего жительства умершего

7. Место смерти

8 Смерть последовала: (в стационаре, дома, в другом месте, в случае смерти от травм,

отравлений и других воздействий внешних причин: на месте происшествия, при

транспортировке)

9. Национальность

10. Семейное положение

11. Образование

12. Место работы и должность

13. Причина смерти

14. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления)

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма, отравление (указать подробно)

9. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	окончание
1) а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти			
б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины)			
в) основная причина смерти указывается последней			
г) внешние причины при травмах и отравлениях			

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней _____

В случае смерти женщины:

10. Дата последней беременности

11. Исход последней беременности

12. Наименование медицинской организации, выдавшей свидетельство

13. Фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

14. Фамилия, имя, отчество, лица, получившего свидетельство

15. Причина смерти установлена: Ф.И.О. (при его наличии), идентификатор

17. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	окончание
1) а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти			
б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины			
в) основная причина смерти указывается последней			
г) внешние причины при травмах и отравлениях			

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней

18. В случае смерти женщины:

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности);

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

19. Дополнительные сведения:

20. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес

21. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

Идентификатор медицинской организации

Идентификатор медицинского работника, выдавшего свидетельство или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой

Примечание:

Медицинское свидетельство о смерти формировать и распечатывать только из информационной системы. Для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется

в отношении матери

Медицинская документация форма № 106-2/у-12 утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здра	
М е д и ц и н с к о е	с в и д е т е л ь с т в о
№	
(окончательное ,	предварительное ,
Дата выдачи	в за мен
1 - мертворожденный	2 - ☐ умер на 1-й неделе жизни ☐

		1.
		2.
		3.

		4.

		5.
		а) _____

		Населк
		б) см
		2 -д
		6. Фам

		7. ,
		8.
		9. Сем
		Для
		Ф а м и

		(сведе
		10. М

		насел
		11. Об
		незак
		12.1.

Место для шифра		12.2.
1		13.
		14
2		15.
		р о ж д
3		мертво
		с к
4		16.
		Продс
5		17. И
		18. Ср
6		п о з ж
		19. Где
7		ч а с
		20. З
8		(указ

9		21. Э
		(указ

10		22.
		(указ

		23. Оп

11		24.
12.1		родах др . 25.
12.2		26. 27.
13		27 - 1 . сердце 28.
14		29 . родов
15		30. См 31 При
16		а) ос заболе состо
17		ребен явивш
18		причи смерт указы
19		о д н заболе
20		
21		
22		б) , заболе состо
23		ребен _____
24		_____
25		в) перво заболе состо
26		мате состо
27		после обусл
28		причи ребен
29		_____
30		_____
31		г) , заболе

32		состо матер состо после способ смерти плод
33		д) , сопутс состоя
		32. а) приним а к у п б) на ох 4 33. б) Фз
		п е ч ----- подпи
		34. 35. Запо. 36. Сви

-----Линия отреза-----

--

**Корешок медицинского свидетельства о перинатальной смерти к форме
№106-2/у-12**

окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____
_____)

Дата выдачи 20 _____ г. " _____ " " _____ "

Наименование медицинской организации

Мертворожденный - 1, умер на 1-й неделе жизни - 2 (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери

2. Дата рождения матери: _____ число, _____ месяц, _____ год

3. Национальность матери _____

4. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

5. Ф.И.О. (при его наличии) (при его наличии) мужа

6. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного):

_____ / Республика _____ Область/ ГРЗ _____

Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____

Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2) _____
ул., дом № _____, кв. № _____

7. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится)

Должность или выполняемая работа _____

8. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего ребенка (при его наличии)

10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен – 3.
11. Дата рождения (мертворождения): _____ мин, _____ час, _____ число, _____ месяц, _____ год
13. Место смерти (мертворождения):
- а) _____ / Республика _____ Область/ ГРЗ

Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____ Округ/
Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2) _____
ул., дом № _____, кв. № _____

б) смерть (мертворождение) произошла: 1 – в стационаре _____
_2 -дома _____, 3 - в другом месте _____ (вписать)

14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений) _____

15. Какие по счету роды _____, беременность _____

16. Продолжительность настоящей беременности _____ полных недель.

17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением – 1,

мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем – 3, медицинским абортom - 4,

в том числе по мед. показаниям - 5

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:
рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем

- 3, медицинским абортom - 5, в том числе по мед. показаниям – 6.

19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки)

20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо – 4.

21. Осложнения родов:

гипертермия во время родов	01
предлежание плаценты	02
преждевременная отслойка плаценты	03
неудачная попытка стимуляции родов	04
стремительные роды	05
затруднительные роды вследствие неправильного положения или пред лежания плода	06

гипертензия, вызванная беременностью	07
кровотечение во время родов	08
роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	09
роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	10
другие (указать)	11
не было	00

22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения : не было - 1, были - 2 (указать какие)

23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, других многоплодных родах - 4.

24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносным - 3.

25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии - 3

26. Масса ребенка (плода) при рождении _____ г

27. Рост ребенка (плода) _____ см.

28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры - 4.

29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно - 4.

30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4.

31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин _____ балл/баллов, через 5 мин _____ баллов

32. Медицинские факторы риска настоящей беременности		35. Аку
Анемия	01	Амнис
Болезни системы кровообращения	02	Монит
Болезни органов дыхания	03	Стиму
Инфекционные и паразитарные болезни матери	04	Ультразвук
Гипертензия кардиоваскулярная	05	Другие
Гипертензия почечная	06	Не пр
Вызванная беременностью гипертензия	07	36. Осл
Сахарный диабет	08	Анеми
Болезни почек	09	Фатал
Гидрамнион (многоводие)	10	Синдр
		Легочн
		Легочн
		Други
		Нет ос

Олигогидрамнион	11	37. Врс
Эклампсия	12	Анэнц
Кровотечение в ранние сроки беременности	13	Спинн
Инфекция мочеполовых путей	14	Энцеф
Недостаточность питания при беременности	15	Гидро
Генитальный герпес	16	Расще.
Недостаточность плаценты	17	Тоталн
Rh-сенсibilизация	18	Атрез
Крупный плод	19	Атрез
Гипотрофия плода	20	Эписп
Другие (указать)	21	Редуки
Не было	00	Омфал
33. Прочие факторы риска во время беременности:		Синдр
Курение	01	Други
Употребление алкоголя	02	Не бы
34. Осложнения родов:		3 8 С
Гипертермия во время родов	01	Мать в
Предлежание плаценты	02	В перв
Преждевременная отслойка плаценты	03	Во вто
Стремительные роды	04	Причин
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	05	- оплат
Кровотечение во время родов	06	- отсут
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	07	- отсут
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	08	- по не
Другие (указать)	09	- по др
Не было	00	Не на
		39. Ме
		Естест
		Опера

40. Причина перинатальной смерти:

а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)		
	Код МКБ-10	Дата (болезни) начало/окончание

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
в) первоначальное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (п л о д а) _____ _____ _____ _____	

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача (среднего медицинского работника),

выдавшего свидетельство о смерти: _____

Запись акта о рождении: 20 ____ жылғы/года _____ № _____

Запись акта о смерти: 20 ____ жылғы/года _____ № _____

Наименование регистрирующего органа

Идентификатор сотрудника регистрирующего органа _____

Медицинская документация форма № 107/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан

Реабилитационная карта №

Раздел 1

Общая часть

1. ИИН

2. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

3. Дата рождения

4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель

☐

города

☐

села

8. Адрес проживания

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Группа инвалидности

12. Тип возмещения

13. Социальный статус

14. Пациент направлен

15. Тип госпитализации Код госпитализации

Запись врача приемного покоя

Информация о текущей госпитализации:

16. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания

17. Диагноз направившей организации (указать реабилитационный потенциал)

согласно шкале реабилитационного маршрута)

Информацию о состоянии здоровья разрешено сообщать следующим лицам:

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

Первичный осмотр врача

1. Дата и время осмотра

2. Анамнез болезни

3. Анамнез жизни

4. Жалобы

5. Аллергоанамнез (включая непереносимость препаратов)

6. Перенесенные инфекции название заболевания дата заболевания

Туберкулез

☐

да

☐

нет Кож-Вен.

☐

да

☐

нет

Гепатит

☐

да

☐

нет др.

Вирусный гепатит

☐

да

☐

нет

Корь, краснуха

☐

да

☐

нет

Ветряная оспа

☐

да

☐

нет эпидемический паротит

☐

да

☐

нет

За последние 35 дней в контакте с инфекционными больными не был

7. Признаки особо опасных инфекций и ОРВИ

☐

да

☐

нет

Если да, пациент помещен в изолятор

☐

да

☐

нет

8. Вид транспортировки

Осмотр проведен: Ф.И.О. ID

Данные объективного статуса

1. Дата и время осмотра

2. Объективный статус (вкладной лист 1)

3. Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

Выставление предварительного диагноза (приемный покой)

4. Предварительный диагноз

5. Диагноз при поступлении

6. Указать оценку двигательной активности международных шкал.

7. Определение шкалы реабилитационной маршрутизации.

8. Сортировка пациента (Приемный покой)

Краткий осмотр пациента

1. Оценка приоритета (вместо триаж-системы)

2. Оценить состояние пациента, согласно Критериям обоснованности госпитализации:

	Сыпь на кожных покровах	☐ нет	☐ да
	Повышение температуры тела	☐ нет	☐ да
	Отделяемое из носа	☐ нет	☐ да

Установление инфекционной или высокого инфекционного риска	патологии	Кашель	☐	☐
			нет	да
		Боль в горле	☐	☐
			нет	да
		Рвота	☐	☐
			нет	да
		Жидкий стул	☐	☐
			нет	да
		Метеоризм	☐	☐
			нет	да
		Уретральный катетер	☐	☐
			нет	да
		Зондовое питание	☐	☐
			нет	да
		Калостома	☐	☐
			нет	да
		Пролежни	☐	☐
			нет	да
		Трахеостома	☐	☐
			нет	да
Наличие дисфагии			☐	☐
			нет	да
Н а л и ч и е за последние 6 месяцев (вписать в строку)	Судороги	☐	☐	
		нет	да	
	Травмы	☐	☐	
		нет	да	
	Операции	☐	☐	
		нет	да	
	Др:	☐	☐	
		нет	да	
			☐	

Принимает противосудорожные препараты	нет ☐	да ☐
Особенности поведения, слабый зрительный контакт, стереотипии	☐ нет	☐ да
Аллергологический анамнез (если да, написать на что, побочное действие)	☐ нет	☐ да

3. Обосновать необходимость госпитализации, либо отказа, либо направление в другой стационар

4. Провести первичную оценку реабилитационного прогноза и потенциала, согласно шкале "Центильного коридора".

Госпитализация:

☐

показана

☐

противопоказана Ф.И.О. (при его наличии) и ID врача приемного покоя Ф.И.О. (при его наличии) ID

Первичный сестринский осмотр пациента (заполняется в профильном отделении в течение 24 часов после поступления)

1. Общие данные (вид поступления, язык общения, организованность)

2. Инструктаж пациента (наличие собственных медикаментов, режим сна, экономическая оценка, режим питания)

3. Осмотр пациента (функциональный скрининг, оценка кожи по шкале Нортон, оценка риска падения по шкале Морзе (на усмотрение медперсонала))

4. Опрос пациента (насилие в семье, оценка необходимости обучения пациента/семьи, культурные разнообразия)

Первичный сестринский осмотр проведен: Ф.И.О. (при его наличии) ID

Раздел 2

Первичный осмотр лечащего врача

1. Дата и время осмотра, отделение, № палаты, койка

2. Жалобы

3. Объективный статус пациента (Вкладной лист 1)

4. Анамнез заболевания

5. Анамнез жизни

6. Наследственность

7. Прием медикаментов на момент госпитализации наименование, когда и причины приема.

8. Обоснование предварительного диагноза

9. План медицинской реабилитации

10 .Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 1 к
реабилитационной карте

Объективный статус пациента

1. Дата и время осмотра
2. Рост (при поступлении и необходимости от профиля МО),
3. вес (при поступлении и необходимости от профиля МО),
4. ЧСС,
5. ЧДД,
6. АД,
7. температура,
8. количество выпитой жидкости,
9. наличие/отсутствие стула и мочеотделения и т.д.
10. Лист командной оценки,
11. Шкала оценки реабилитационного потенциала:
 - А. Анатомические ограничения (двигательная, сенсорная);
 - Б. Когнитивные и речевые нарушения (речевые нарушения, когнитивные нарушения, уровень коммуникации);
 - В. Показатели по шкале социальной адаптации (шкала/степень зависимости)
12. Оценка двигательной активности с помощью международных шкал:
 - Gross Motor Function Measure (GMFM) (на усмотрение медперсонала);
 - Оценка навыков самообслуживания и бытовой адаптации (модифицированная шкала Бартела) (на усмотрение медперсонала);
 - Шкала функциональной независимости FIM (двигательная функция) (на усмотрение медперсонала);
 - Когнитивные функции.

Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор врача

Вкладной лист 2 к
реабилитационной карте

Дневник

1. Дата и время
2. Объективный статус пациента
3. Жалобы
4. ЛФК
5. Физиотерапия;
6. Трудотерапия.

7. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 3 к
реабилитационной карте

Информированное согласие пациента

В соответствии с п. 3 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента)

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии) – полностью

Дата рождения дата месяц год

Находясь в (наименование МО) (из регистра МО)

Даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства:

Ф.И.О. (при его наличии)

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

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

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

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

Подпись: _____ Дата и время

Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента:

Ф.И.О. (при его наличии)

Ф.И.О. (при его наличии) врача

Дата и время

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

Лист врачебных назначений

1. Дата и время назначения
2. Режим
3. Диета
4. Наименование услуги, лекарственного средства
5. Дата назначения (по времени) и дата окончания
6. Идентификатор и Ф.И.О. (при его наличии) врача

Вкладной лист 5 к
реабилитационной карте

Обоснование всех видов диагноза

1. Дата и время
2. Объективный статус
3. Жалобы
4. Интерпретация результатов доступных лабораторных и диагностических исследований
5. Диагноз
6. Лист врачебных назначений
7. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача

Вкладной лист 6 к
реабилитационной карте

Консультация специалиста

1. Дата и время осмотра
 2. Вид консультации
 3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований
 4. Диагноз
 5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств
 6. Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор лечащего врача
- При необходимости:

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

Выписной эпикриз

1. Диагноз клинический Дата установления
2. Другие виды лечения
3. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности № листка нетрудоспособности, дата открытия и закрытия листка нетрудоспособности
4. Исход пребывания . Переведен в МО (из регистра МО)

5. Трудоспособность

6. Дата и время выписки

7. Проведено койко-дней

8. Для поступивших на экспертизу – заключение

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

Заполняется в случае смерти:

Умер дд/мм/гг Аутопсия проводилась:

☐

да

☐

нет Патологическое (гистологическое) заключение: Патоморфологический диагноз (основной) осложнения основного

сопутствующий

Врач Ф.И.О. (при его наличии) ID

Список сокращений формы № 107/у "Реабилитационная карта":

1	АД	Артериальное давление
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МИС	Медицинская информационная система
4	МО	Медицинская организация
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
6	ЧДД	Частота дыхательных движений
7	ЧСС	Частота сердечных сокращений
8	ЛФК	Лечебная физическая культура

Медицинская документация Форма № 113/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Обменная карта беременной и родильницы № _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной
Дата и год рождения
ИИН
Дата взятия на учет
Профессия
Образование
Домашний адрес
Телефон
Группа крови беременной
Резус принадлежность беременной
Дата определения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа
ИИН мужа

Профессия
Образование
Домашний адрес
Телефон
Г р у п п а к р о в и , р е з у с ф а к т о р (по показаниям)
Р е з у л ь т а т ф л ю о р о г р а ф и ч е с к о г о обследования

Если Вы нашли этот документ, пожалуйста, верните по указанному адресу

Ваш врач:
Телефон
Акушерка
Участок
Кабинет
Телефон

Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации

Прием:

	Часы приема:
Понедельник	
Вторник	
Среда	
Четверг	
Пятница	
Суббота	

Обратилась по направлению

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Уважаемая _____!

Поздравляем Вас!

Вы – будущая мама! Мы рады содействовать

Вам в самое лучшее время - период вынашивания и рождения Вашего ребенка!

Обменная карта представляет собой личную медицинскую карту матери, которая является источником информации о состоянии здоровья с момента беременности до родов, во время родов и после родов.

Инструкции:

- Внимательно прочитайте и просмотрите все содержимое обменной карты.
- Берите с собой эту карту всегда, в том числе, когда Вы обращаетесь в любое медицинское учреждение.

- Заполните информацию самостоятельно на указанных страницах.

При возникновении вопросов, обратитесь к медицинскому работнику

Анамнез

О т е ц	(р е б е н к а) :
Данные о здоровье отца	
Наследственность	
Мать (ребенка):	
Наследственность	
Перенесенные заболевания	
Гепатит	
Туберкулез	
Венерические заболевания	
Хронические заболевания(состоит ли на динамическом учете, получает ли базисную терапию)	
Перенесенные операции	
Гемотрансфузии	
Аллергоанамнез	
Рентгенологическое	обследование легких
(результат последнего обследования)	

Менструальная функция

Менархе с лет	
Длительность менструации	
Продолжительность	цикла, обильные
умеренные	
скудные (подчеркнуть)	
Половая жизнь с лет	
Б р а к :	з а р е г и с т р и р о в а н ;
н е	з а р е г и с т р и р о в а н ;
не замужем (подчеркнуть)	
Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований	
Гинекологический анамнез	
Контрацепция	
Гинекологические операции	

Акушерский анамнез:

Сколько	всего	было	беременностей	,	из	них:
р о д о в						
самопроизвольных						выкидышей
внематочных						беременностей
медицинских абортов						

Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода

Паритет	Год, дата	Исход беременности и срок				Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Особенности течения родов, послеродового периода	Пол ребенка
		абортом	родами	искусственными (хирургический, медикаментозный)	самопроизвольным, в том числе замершей	Преждевременными в срок		

Последняя менструация с 20 (года) по 20 (года)								
Беременность _____ спонтанная _____ или _____ индуцированная _____ (стимуляция овуляции, инсеминация, ЭКО) (подчеркнуть)								
Первое движение плода 20 (года)								
Предполагаемый срок родов 20 (года)								

Первое обследование беременной

Жалобы
Объективные данные:
Общее состояние
Рост см. Масса (вес) кг.
ИМТ (индекс массы тела)
Кожные покровы
Н а л и ч и е _____ в а р и к о з н о _____ р а с ш и р е н н ы х _____ вен на нижних конечностях
Отеки
Исследование молочных желез
Состояние органов дыхания
Сердечно - сосудистой системы
АД
Живот (мягкий безболезненный)
Печень, селезенка
Симптом поколачивания
Другие органы
Мочеиспускание Стул
Акушерский статус:
Размеры таза по показаниям (рост менее 150см и выше 170 см, травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):
D. _____ Sp. _____ D. _____ сг. _____ D. troch _____ с. ext _____
C. diag _____ C. vera _____
Наружное акушерское исследование: высота дна матки _____см.
Окружность живота (по показаниям) _____см.
Положение плода, позиция, вид
Предлежание
Сердцебиение плода
Срок беременности:
По менструации
По УЗИ (раннему до 13 недель 6 дней)

Гинекологическое исследование:

--

Наружные половые органы
В зеркалах
Влагалище
Шейка матки
Тело матки
Придатки
Особенности
Диагноз:
Рекомендации
Подпись врача Дата

Оценка риска возникновения осложнений при беременности

№	Фактор риска	да	нет
1.	Возраст до 18 лет		
2.	Возраст старше 35 лет		
3.	ИМТ менее 18		
4.	ИМТ – 30 и более		
5.	Интервал менее 2 лет после предыдущих родов		
6.	Интервал менее 6 месяцев после аборта или выкидыша		
7.	Высокий паритет родов (4 и более)		
8.	ЭГП в настоящее время		
9.	Многоплодная беременность (данная)		
10.	Отрицательный резус фактор		
11.	Беременность после ВРТ (данная)		
12.	Перенесенные операции на органах репродуктивной системы (ЭМА, миомэктомия, рубец на матке)		
13.	Преждевременные роды в анамнезе (ИЦН, цервикальный серкляж и прочее) или 3 и более самопроизвольных выкидыша		
14.	Преэклампсия/эклампсия в анамнезе		
15.	Мертворожденные в анамнезе (антенатальная или интранатальная гибель плода)		
Женщина ответила "да" на один из вопросов		Вероятный риск	Да или нет
1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 14		Преэклампсия/эклампсия	
1-4		Преждевременные роды	
1, 2, 5, 8-11, 15		Аntenатальная гибель плода	
1-5, 11		ЗВУР	
1-8, 12		Кровотечение	

Повторная оценка факторов риска (риск определяется при каждом посещении)

--	--	--	--

Базофилы									
Лимфоциты									
Моноциты									

2. Общий анализ мочи

[illegible]

3. Другие исследования

[illegible]

4. Обследование на инфекции

Обследование/дата				
RW				
ВИЧ				
Мазок на микроскопию (по показаниям)				
Мазок на онкоцитологию (по показаниям)				

5. Пренатальный скрининг

Период проведения	Дата проведения	Срок беременности	Результаты обследования	Примечание
1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 нед)				

6. Ультразвуковой скрининг

Период проведения	Дата проведения	Маркеры ХА (при наличии)	Заключение	Рекомендации
1 триместр (10-14 недель)		Т В П ДНК -	-	
2 триместр (20-22 недель)				
3 триместр (32- 34 недель)				

Консультации

Первый осмотр терапевта

Жалобы
А н а м н е з
Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве)
Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень родства)
Перенесенные заболевания: общие
Детские инфекции
Гепатиты
Туберкулез
Венерические заболевания
Другие инфекции
Перенесенные острые заболевания
Хронические заболевания (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно- двигательного аппарата и др.)
Диспансерный учет (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема, какие препараты принимает)
Госпитализация (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название мед. организации, экстренная или плановая)
Перенесенные операции, осложнения
Перенесенные травмы и их последствия
Гемотрансфузии
Аллергоанамнез

Общее состояние

Особенности телосложения:
Нормостеник (астеник, гиперстеник)
Кожные покровы
Температура
Состояние полости рта
Состояние зева, миндалин
Осмотр области щитовидной железы
Лимфоузлы
Отеки (нет, есть, локализация)
Осмотр молочных желез
Состояние органов дыхания
Сердечно- сосудистой системы
Пульс
А Д: на правой руке _____
на левой руке _____
Живот (мягкий безболезненный)
Печень, селезенка
Симптом поколачивания
Другие органы
Мочеиспускание _____ Стул _____
Диагноз

Визит к медицинскому работнику	x	x	x	x	x	x	x	
Осмотр и анамнез, жалобы	x	x	x	x	x	x	x	x
-вес, рост - ИМТ	x			x**				
- ВДМ		x*	x	x	x	x	x	
- сердцебиение и движение плода		x	x	x	x	x	x	
- АД	x	x	x	x	x	x	x	
- гинекологическое обследование	x							x
- осмотр ног (варикозное расширение вен)	x	x	x	x	x	x	x	
- наружное акушерское обследование					x	x	x	
- тревожные признаки (головная боль, нарушение зрения, затрудненное дыхание)			x	x	x	x	x	
Анализы	До 12	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	До 42 дней после родов
- ОАК	x			x				x
- группа крови, Rh	x							
- кровь на антитела при Rh (-)			x					
- RW	x			x				
- ВИЧ	x			x				
- сахар крови	ха							
- ОАМ	x			x				
- анализ мочи (определение белка)		x	x	x	x	x	x	
- скрининг на бессимптомную бактериурию (посев мочи)	x							
- мазок на степень чистоты влагалища при появлении жалоб (по показаниям)								
- УЗИ	x	x		x				
- РАРР	x							
- АФП/ХГЧ с 16 до 20 недель если не проведен РАРР		x						
Генетическое обследование								
- консультация генетика	x							
- биопсия хориона до 12 недель	x							
-амниоцентез (по показаниям)								
Консультации, назначения и рекомендации	До 12	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	До 42 дней после родов
- фолиевая кислота	x							
- железо (по показаниям)	x							
- йод (по показаниям)	x							
- кальций (группе риска по преэклампсии и женщинам с низким потреблением кальция)	x	x	x	x	x	x	x	
- аспирин (группе риска по преэклампсии)	x	x	x	x	x	x	x	
- питание, физические упражнения	x	x	x	x	x	x	x	
- антенатальный визит, желательно с партнером	x	x	x	x	x	x	x	
- консультирование по общим вопросам	x	x	x	x	x	x	x	
- тревожные симптомы	x	x	x	x	x	x	x	

- контрацепция после родов (выбор метода)					x	x	x	x
Школа по подготовке к родам и посещение роддома:	x	x	x	x	x	x	x	
- положения во время схваток				x	x	x	x	
- послеродовая контрацепция					x	x	x	x
- грудное вскармливание, уход за новорожденным					x	x	x	x

* Гравидограмма заполняется с 20 недель беременности

** при ИМТ ниже нормы при первой явке (до 12 недель), следует определить вес беременной в 30 недель

а при ИМТ выше нормы при первой явке (до 12 недель), следует исключить сахарный диабет

в женщины в 37 лет и старше; имеющие в анамнезе ВПР плода, невынашивание, кровнородственный брак

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

1 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								1 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

2 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								2 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

5 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								5 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

6 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								6 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

7 визит		Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов								7 визит	
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

Рост Вес ИМТ

8 визит		Первый день последней менструации								8 визит	
		Ожидаемая дата родов									
Дата	Срок гестации (нед., дни)	Общее состояние	АД	ВДМ	Бакпосев мочи	Анемия	Отеки	Сердцебиение плода (чсс/мин)	Шевеление плода	Положение плода	Заболевания
					Нет	Нет	Нет		Нет		
					Да	Да	Да		Да		

Диагноз

Рекомендации

Ф.И.О. медицинского работника

Специальность

Дата следующего визита:

Подпись

Дневник самонаблюдения беременной

[illegible]

Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

Дата поступления в родильный дом
Исход беременности (аборт, преждевременные роды, роды в срок) недель
Дата родов
Диагноз
Особенности родов
Ребенок: пол , масса (вес) грамм, рост см.
Выписался, переведен в больницу, другое (подчеркнуть)
Диагноз
Оперативные пособия в родах
Обезболивание: применялось нет/да, какое
Течение послеродового периода
Выписана на (сутки после родов)
Дата выписки
Диагноз и наименование стационара (в случае перевода)
Состояние ребенка при рождении
в родильном доме
при выписке
Особые замечания
20 год
О т п у с к п о б е р е м е н н о с т и с 2 0 г о д а
по 20 года
Листок нетрудоспособности №
Роды 20 года (в срок, раньше, позже) на (дней)
Роды произошли в
Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах
на дней с 20 года по 20 года
Листок нетрудоспособности №

Наблюдение за родильницей

Дата	Жалобы	Данные обследования	Советы, назначения
		1) флюорография	

Подпись врача

Подпись заведующего отделения

Медицинская документация форма № 135/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций

Начат " " _____ г.
Окончен " " _____ г.

№	Дата, время обращения пострадавшего	Сотрудник, принявший сообщение, л и б о пострадавшего (Ф.И.О. (при его наличии), должность)	Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации					Данные об : ситуации	
			Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Домашний адрес, телефон	Место работы должность	Дата, время аварийной ситуации	Об, чт
1	2	3	4		5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего			Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначение)	Примечания
	П р и аварийной ситуации	Через 1 мес.	Через 3 мес.			
11	12	13	14	15	16	17

Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

Ф.И.О. (при его наличии):		Адрес (рабочий):	
ИИН:		Адрес (домашний):	
Дата рождения:	Пол:	Д о л ж н о с т ь :	
		Стаж работы:	
Дата/время контакта:	Где произошел контакт:		
Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание):			
Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошел контакт:			
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта			
Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт:		Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту:	
М а т е р и а л с о д е р ж а л :		И н ф и ц и р о в а н :	
В Г В		В Г В	
В Г С		В Г С :	
В И Ч :		В И Ч :	

Если пациент ВИЧ-инфицирован:		Сопутствующие заболевания:	
Стадия заболевания:		Вакцинация против гепатита В:	
Вирусная нагрузка:		Поствакцинальный иммунитет:	
Сведения об АРТ:		Проведено дотестовое консультирование:	
Резистентность к АРТ:		Проведено послетестовое консультирование:	
Проведено до тестовое консультирование:		Направления:	
Результаты исследований:		Результаты исследований:	
В Г В		В Г В	
В Г С		В И Ч :	
В И Ч :		Проведено послетестовое консультирование:	
Проведено послетестовое консультирование:		Направления:	
Направления:		Предложена постконтактная профилактика:	
		Получено информированное согласие:	
		Препараты:	
Обследования после контакта:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы		
1-я неделя			
2-я неделя			
3-я неделя			
4-я неделя			
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через:			
1 м е с я ц			
3 месяца			
Подпись/Печать		Дата:	
Сроки начала химиопрофилактики (дата, время)	Схематерапии	Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время)	Приверженность

Печать МО

Подписи представителей администрации МО

Дата заполнения " _____ " _____ 20 _____ г.

Вкладной лист
к журналу регистрации
аварийных ситуаций при
проведении медицинских
манипуляций

Бланк информированного согласия на проведение постконтактной
профилактики
ВИЧ-инфекции

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.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

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.

Дата _____

Ф.И.О. (при его наличии)

Подпись _____

Список сокращений формы № 135/у
"Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	АРТ	Антиретровирусная терапия
3	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
4	ВГВ	Вирус гепатита В
5	ВГС	Вирус гепатита С
6	ПКП	Пост-контактная профилактика
7	МО	Медицинская организация
8	СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
9	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 2009/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет

1. Регистрационный № карты _____ РМН

2. Фамилия* _____ имя _____ отчество (при его наличии) _____

3. ИИН _____

4. Пол	☐	мужской	☐	женский	☐	не определен**
--------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------	----------------

7. Национальность*** _____

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

6. Состояние при рождении):	☐	живорожденный	☐	мертворожденный	☐	д о начала родов	☐	в о время родов
-----------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------

7. Дата рождения ____ число ____ месяц ____ год ____ время (час, минуты) ____

7.1 Место рождения:

☐	в стационаре****	☐	в другом месте	☐	дома
8. Переведен	☐	в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детского стационара	☐	в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации	
	☐	в другой стационар			

9. День перевода: ____ число ____ месяц ____ год ____ время (час, минуты) ____

10. Выписан: ☐ на участок по месту жительства

11. Дата выписки (смерти) ____ дата ____ месяц ____ год ____ время (час, минуты) ____

12. Житель:	☐	город	☐	село
-------------	--------------------------	-------	--------------------------	------

13. Место жительства*****: область/город республиканского значения ____ район /город областного значения ____ населенный пункт ____ домашний адрес ____

14. Организация прикрепления ____

15. Масса (вес) ребенка (мертворожденного) при рождении ____ г.

16. Рост ребенка (плода) при рождении ____ см.

17. Дата рождения матери: _____ дата _____ месяц _____ год _____

18. Семейное положение матери:		☐	состоит в браке	☐	не состоит в браке	☐	вдова
☐	разведена	☐	неизвестно				

19. Ребенок родился при сроке беременности _____ полных недель.

19.1. Которые по счету роды _____.

20. Который по счету родившийся ребенок у матери _____.

20.1. Которая по счету беременность _____.

21. Место смерти:

область /город республиканского значения _____

_____,
район /город областного значения _____

_____,
населенный пункт _____

_____,
медицинская организация _____

22. Смерть (мертворождение) наступила:		☐	в стационаре	☐	н а дому	☐	в доме ребенка
☐	в родильном доме	☐	в другом месте				
23. В случае смерти в родильном отделении:			☐	умер до суток пребывания в родильном отделении			

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

дата ввода карты " _____ " _____ 20____ год

Примечание:

* - для мертворожденных записывается фамилия матери, в случае невозможности установления матери - указывается как неизвестный;

** - для случаев перинатальной смертности;

*** - национальность ребенка записывается при перинатальной смертности по национальности матери, в других случаях по устному заявлению родителей;

**** - в случае рождения в родильном доме указать уровень регионализации 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника);

***** - место жительства ребенка при перинатальной смертности записывается по месту жительства матери. Для жителей дальнего и ближнего зарубежья указывается только страна;

***** - а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указать одно заболевание),

б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода),

с) основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода),

д) другие заболевания матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода),

е) другие сопутствующие состояния;

***** - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае, если смерть была предотвратима или условно предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций.

Список сокращений формы № 2009/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МКБ-10	Международная классификация болезней
3	РМН	Регистрационный медицинский номер
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 2009-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта учета материнской смертности

--	--

1. Регистрационный № карты _____ РМН:		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
2. Карта:	первичная вторичная									

3. Фамилия _____ имя _____ отчество (при его наличии) _____

4. Национальность _____

5. Дата рождения _____ число _____ месяц _____ год

6. Возраст (полных лет) _____

7. ИИН _____

8. Дата смерти _____ число _____ месяц _____ год	9. Житель _____	города села
--	-----------------	---

10. Место жительства: область/город республиканского значения _____

_____,
район/город областного значения _____

населенный пункт _____,

домашний адрес _____

11. Организация прикрепления _____

12. Место смерти: область/город республиканского значения _____

район/ город областного значения _____

населенный пункт _____

13. Дата взятия на учет по беременности _____

14. Организация, в которой состояла на учете по беременности _____

15. Дата родоразрешения, аборта _____ число _____ месяц _____
_____ год

16. Место родоразрешения, аборта, в т.ч. с учетом уровня регионализации:

☐	в стационаре (1,2,3,4***),	☐	на дому	☐	в другом месте
--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------	--------------------------	----------------

17. Срок беременности _____ полных недель

18. Смерть наступила в период:	☐	беременности	☐	в процессе родов/аборта	☐	послеродовой/послеабортный
--------------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

19. Количество прожитых дней в случае смерти в ☐ послеродовой) период:		в течение 42 дней после родов
---	--	-------------------------------

аборта	☐	от 43 до 365 дней после родов
--------	--------------------------	-------------------------------

20. Которая по счету беременность _____.

21. Которые по счету роды _____.

22. Смерть наступила:	☐	в стационаре	☐	на дому	☐	в другом месте
23. Смерть наступила в результате:	☐		аборт	☐	внематочная беременность	
☐	заболевания, связанные с беременностью		☐	заболевания, не связанные с беременностью		

23.1. В случае смерти в организациях родовспоможения указать уровень регионализации МО: 1, 2, 3, 4***

24.

--

Диагноз клинический:	код МКБ -10

25.

Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10	код МКБ -10					
26. Предотвратимость смерти**:		нет		да		условно предотвратима
Наименование медицинской организации	Предотвратимость смерти					
	да		Условно предотвратима			

27. Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти:

28. Ф.И.О. (при его наличии) медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти:

Дата заполнения карты "____" _____ 20____ год

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

Дата ввода карты "____" _____ 20____ год

Примечание:

а) болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти, в части анамнеза, получала ли родовую помощь, была ли у нее артериальная гипертензия, была ли у нее анемия, было ли у нее неправильное положение плода, было ли у нее ранее кесарево сечение, какой у нее ВИЧ статус;

б) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины;

с) основная причина смерти;

d) прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, в части была ли умершая направлена в другую организацию, в случае если да, сколько времени в часах составило время в пути следования до направленной медицинской организации, получала ли умершая какую-либо медицинскую помощь или акушерское /хирургическое вмешательство до наступления смерти, в случае если да, то указать процедуру или вмешательство.

**- предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций.

***- 4- цифровое определение республиканских клиник, научных центров, НИИ.

Список сокращений формы № 2009-1/у "Карта учета материнской смертности":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
3	РМН	Регистрационный медицинский номер
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Приложение 3
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147
Приложение 3 к приказу
исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Медицинская учетная документация, используемая в амбулаторно-поликлинических организациях

Медицинская документация форма № 025/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская карта амбулаторного пациента №

Общая часть.

Паспортные данные

1. ИИН

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

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст
6. Национальность
7. Житель

☐

города

☐

села

8. Гражданство
9. Адрес проживания
10. Место работы/учебы/детского учреждения
- Должность Образование
11. Наименование страховой компании, № страхового полиса
12. Тип возмещения
13. Социальный статус
14. Повод обращения

Минимальные медицинские данные:

1. Группа крови . резус-фактор .
2. Аллергические реакции . код наименование
3. Физиологическое состояние пациента (беременность)
4. Дата проведения и результат скрининга на наследственную патологию новорожденных (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, аудиологический скрининг)
5. Вредные привычки и риски для здоровья (при наличии)
6. Профилактические мероприятия, в том числе профилактические прививки
7. История болезней и нарушений
8. Список текущих проблем со здоровьем
9. Динамическое наблюдение
10. Группа инвалидности
11. Список принимаемых в настоящее время лекарственных средств
12. Антропометрические данные
13. Оценка риска падения
14. Оценка боли

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

16. Инструктаж пациента.

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

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

Индивидуальный план работы с семьей в организациях ПМСП

Организация:		№ Участка 		Ф.И.О. (при его наличии) социального работника, работающего с семьей ИД. Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)
		Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника, направляющей информацию и данные о ребенке и семье И Д . Ф . И . О . (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)		
из регистра МО				
Дата начала реализации Плана:	Д а т а завершения реализации Плана:	Адрес проживания семьи:		
Личные данные ребенка (детей):				
И м я ребенка	Фамилия ребенка	Дата рождения (или ожидаемая дата рождения)	Пол	
			☐ мужской	☐ женский
Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи и т.д.):				
Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)		К е м приходится ребенку	Контактные данные:	
1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)				
2				
3				
Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб и т.д., вовлеченные в процесс планирования развития семьи:				
Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)		Организация	Контактные данные:	
1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)		из регистра МО		
2				
3				

Вкладной лист 1 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

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

Задачи осмотра новорожденного:

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

Дата осмотра

Возраст: .

Температура

При рождении:

Вес: кг

Рост см

ИМТ

Окружность головы

см

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности .

Анамнез .

Отягощенный анамнез:

☐ .

да

☐ .

нет

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

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

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

Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____

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

Видимые врожденные пороки

Костная система _____

_____ форма головы _____ швы _____

_____ большой родничок _____

_____ малый родничок _____

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

Органы дыхания: _____

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

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

Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____

_____ Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

_____ Пуповина _____

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

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

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

Определите, есть ли проблемы кормления, проблемы питания:

- Есть ли у Вас трудности при кормлении?

☐

да

☐

нет

- Ребенок кормится грудью?

☐

да

☐

нет

- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

- Вы кормите грудью ночью?

☐

да

☐

нет

- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

☐

да

☐

нет

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

Пользуетесь при кормлении: .

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

Оцените кормление грудью:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

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

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

- Подбородок касается груди

☐

да

☐

нет

- Рот широко раскрыт

☐

да

☐

нет

- Нижняя губа вывернута наружу

☐

да

☐

нет

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

☐

да

☐

нет

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

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)

☐

да

☐

нет

Оцените уход в целях развития:

- Как Вы играете с Вашим ребенком?

- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

Проблемы развития

Проверьте прививочный статус младенца:

Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня:

☐

Гепатит В 1- 0

☐

БЦЖ _____

Визит для следующей прививки

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

Гигиена помещения (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °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	8. утомляемость и недостаток энергии
2. глубокая печаль	9. неспособность к сосредоточению внимания
3. частые слезы	10. нарушение сна
4. ощущение неспособности заботиться о ребенке	11. проблемы с аппетитом
5. чувство вины	12. потеря интереса к сексу
6. приступы паники	13. ощущение беспомощности и безнадежности
7. стресс и раздражительность	14. антипатия к ребенку

Советы по ведению послеродовой депрессии:

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

Заключение:

Рекомендации:

- Преимущества и практика грудного вскармливания - 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)	- 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) - Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери. - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая - Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не
---	---

- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания). - Другие рекомендации - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).	может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания
--	---

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

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

Вкладной лист 2 к
 медицинской карте
 амбулаторного пациента

Оценка развития ребенка на приеме врачом и среднего медицинского работника*

*До года ведется ежемесячно, после года до согласно Стандарта
 о р г а н и з а ц и и

оказания педиатрической помощи

Дата осмотра

Возраст:

Температура

Вес г.

Рост см.

ИМТ

Окружность головы

см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Осмотр ребенка:

Кожа: Пуповина

Слизистые ротовой полости

Зев

Конъюнктивы

Большой родничок

Органы дыхания:

Частота дыхания

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)

Сердечный ритм ;

Сердечные шумы ;

Органы пищеварения: живот

печень

селезенка

Мочеиспускание; Стул

Диагноз:

Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания

• Есть ли у Вас трудности при кормлении?

☐

да

☐

нет

- Ребенок кормится грудью?

☐

да

☐

нет

- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

- Вы кормите грудью ночью?

☐

да

☐

нет

- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

☐

да

☐

нет

- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: .

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

Если младенцу больше 6 месяцев:

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

7. Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

8. Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Проверьте прививочный статус:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

☐

Гепатит В 1- 0

☐

БЦЖ

☐

АКДС 1+hib 1

☐

Гепатит В 2

☐

ОПВ-1

☐

АКДС 2+ hib 2

☐

Гепатит В 3

☐

ОПВ-2

☐

АКДС 3+ hib 3

☐

ОПВ-3

☐

ОПВ-0

☐

Корь + краснуха + паротит

☐

АКДС ревакцинация

☐

НПВ ревакцинация

Визит для следующей прививки

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время про-гулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза ____
_ длительность

Психомоторное развитие:

До=

Др=

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 согласно данным рекомендациям

3. Знает ли мать признаки опасности: .

Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность

☐

да

☐

нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением

- Ребенок не вступает в контакт.

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит.

Проблемы

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

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

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

Вкладной лист 3
к медицинской карте
амбулаторного пациента

Консультация специалиста

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

Вкладной лист 4 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол операции/процедуры/афереза

1. Дата и время
2. Показания к операции/процедуры/афереза
3. Клинический Диагноз
4. Анестезиологическое пособие
5. Протокол операции включая, как минимум:
 - 5.1 Дату и время начала и окончания операции/процедуры/афереза
 - 5.2 Течение (описание) операции/процедуры/афереза, включая технику выполнения
 - 5.3 Участие консультантов во время операции/процедуры/афереза и др., рекомендации.
 - 5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований
 - 5.5 Исход операции, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции/процедуры/афереза не было")
 - 5.6 Количество кровопотери (мл)
 - 5.7 Код и наименование операции/процедуры/афереза
 - 5.8 Диагноз после операции/процедуры/афереза
 - 5.9 Рекомендации
 - 5.10 Идентификатор и Ф.И.О. (при его наличии) оперирующего врача, ассистентов, анестезиолога и СМР

Вкладной лист 5 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Динамическое (диспансерное) наблюдение пациента

1. Дата и время осмотра
2. Диагноз, согласно которого пациент подлежит динамическому (диспансерному) наблюдению код наименование.;
3. Период действия плана наблюдения по диагнозу:
Дата начала Дата окончания
4. План наблюдения:
Услуга (из тарификатора) Планируемая дата проведения Дата выполнения
5. Рекомендации

Вкладной лист 6 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Лист профилактических мероприятий

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

ед.изм.

- Дата и время прививки
- Побочная реакция или нежелательное явление
- Классификатор побочной / нежелательной реакции

Вкладной лист 7 к
медицинской карте
амбулаторного пациента

Протокол диагностических исследований/услуг

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

Список сокращений формы № 025/у "Медицинской карты амбулаторного пациента":

1	АКДС	адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
2	АДС	адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин
3	АДС-М	анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов
4	АД	адсорбированный дифтерийный анатоксин
5	АС	адсорбированный столбнячный анатоксин
6	БЦЖ	Вакцина против туберкулеза
7	К	коклюшная вакцина
8	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
9	МИС	Медицинская информационная система

10	МО	Медицинская организация
11	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
12	Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
13	НПО	Неправительственные организации
14	ИМТ	Индекс массы тела
15	ССС	Сердечно-сосудистая система

Медицинская документация форма № 025-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Талон .

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

☐

мужской

☐

женский

Адрес проживания

№ амбулаторной карты

Кабинет

Явиться (указать дату и время)

К врачу фамилия имя отчество (при его наличии)

Должность .

Повод обращения .

Медицинская документация форма № 025-5/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Статистическая карта амбулаторного пациента

Дата обращения

1. Индивидуальный идентификационный номер

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

3. Дата рождения дата месяц год

4. Пол

☐

мужской

☐

женский

5. Возраст

6. Национальность

7. Житель

☐

города

☐

села

8. Адрес проживания область район город улица дом квартира

9. Место работы/учебы/детского учреждения

Должность Образование .

10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

11. Антропометрические данные

12. Тип возмещения .

13. Социальный статус .

14. Повод обращения .

15. Вид травмы .

16. Кем направлен .

17.. Приемы/консультации

Услуги по тарификатору, количество, идентификатор и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста, дата выполнения.

18. Процедуры и манипуляции, лаборатория, диагностические исследования

Идентификатор и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалиста, услуги по тарификатору, количество, дата выполнения.

19. Заключительный диагноз

20. Диспансеризация

21. Проведены исследования на выявление туберкулеза

22. Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому

23. Исход обращения .

24. из них направлены .

25.. Случай поликлинического обращения (СПО) .

26. Дата завершения СПО

Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор врача

Медицинская документация форма № 025-7/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта профилактического осмотра (скрининга)

Дата

1. ИИН

2. Ф.И.О. (при его наличии)

3. Дата рождения дата месяц год

4. Пол

☐

М

☐

ж

5. Адрес проживания область район город улица дом квартира Житель
☐

города

☐

села

6. МО прикрепления . (из регистра МО)

7. Группа инвалидности

Дата установления

На какой срок установлена инвалидность .

Диагноз по инвалидности код наименование

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) ребенка:

Доврачебный этап

Рост

Вес

Окружность головы (дети до 3 лет)

грудной клетки

Физическая активность, ежедневная физическая нагрузка . (дети 3 лет и старше)

☐

да

☐

нет

Артериальное давление (дети 7 лет и старше) 1-е систолическое /
диастолическое

2-е систолическое /диастолическое среднее систолическое /диастолическое

Определение остроты зрения .

Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше) .

Определение остроты слуха:

с помощью шепотной речи на оба уха поочередно, в тихом помещении на расстоянии не менее 5 метров между средним медицинским работником и ребенком . *при выявлении отклонений

Педиатрический этап

1. осмотр кожных покровов и волосистой части головы .

2. осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева . Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твердого неба, величину и вид небных миндалин, голосовую функцию (звучность голоса)

3. осмотр и пальпация области щитовидной железы

4. пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных

5. исследование органов кровообращения (осмотр, аускультация сердца), определение частоты, наполнения, ритма пульса. При аускультации отмечают звучность и чистоту тонов. В случаях выявления сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой

6. исследование органов дыхания (аускультация легких)

7. исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастральной области, селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Обращается внимание на состояние слизистых, обложенность языка, десен, верхнего неба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени)

8. детям в возрасте от трех до четырех месяцев, по показаниям ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра

9. осмотр половых органов. При осмотре девочек старше 10 лет особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам, нарушению менструальной функции .

10. Оценка нервно-психического развития .

В 7-8 лет: психомоторная сфера и поведение, интеллектуальное развитие, эмоционально-вегетативная сфера

В 9-10 лет дополнительно оценивается сформированность абстрактно-логических операций, логических суждений

В 11-17 лет определяются: эмоционально-вегетативная сфера, сомато-вегетативные проявления, вегето-диэнцефальные проявления

11. оценка полового развития методом пубертограмм .

12. выявление признаков жестокого обращения .

Специализированный этап

1. хирург-ортопед

2. уролог (патология мочеполовой системы)

3. отоларинголог

4. невролог

5. стоматолог

6. офтальмолог

7. эндокринолог

Результаты скринингового обследования:

Группа здоровья .

*Дети, относящиеся к 2, 3, 4, 5 группам здоровья подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.

Заключительный этап (дообследование и постановка на диспансерный учет лиц с выявленной патологией, завершение оформления учетно-отчетной статистической документации)

По завершении скринингового осмотра проводится комплексная оценка здоровья, оформляются эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития. В заключении даются рекомендации по дообследованию, наблюдению, соблюдению санитарно-гигиенических правил, режиму, физическому воспитанию и закаливанию, проведению профилактических прививок, профилактике пограничных состояний и заболеваний, по физкультурной группе (основная или специальная группа).

Заполняется при медицинском осмотре (скрининге) взрослого:

Подготовительный этап

Рост см см Вес кг кг Индекс Кетле .

Объем талии мужчины . женщины .

грудной клетки см см

Артериальное давление (двукратное измерение), среднее систолическое / диастолическое ммрт.ст.

ЭКГ . Уровень холестерина . Глюкоза .

Опрос (проводит СМР):

1. Курение, хотя бы одну сигарету в день

☐

да

☐

нет

2. Употребление алкогольных напитков разовое потребление не менее 2-х раз в неделю

3. Имеются (-лись) ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС)

☐

да

☐

нет

4. 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

☐

да

☐

нет

5. Отмечаются ли у Вас головные боли

☐

да

☐

нет

6. Отмечается ли у Вас повышение артериального давления

☐

да

☐

нет

7. Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения

☐

да

☐

нет

8. Имеются ли у Вас жалобы на "пелену" перед глазами

☐

да

☐

нет

9. Имеется (-лась) ли у Ваших родителей глаукома

☐

да

☐

нет

10. Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии

☐

да

☐

нет

11. Отмечаются ли у Вас в течение последнего года патологические примеси
в кале

☐

да

☐

нет

12. Только для женщин: бывают ли у Вас контактные кровотечения

☐

да

☐

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета

☐

да

☐

нет

Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета возраст лет

шкала SCORE для определения сердечно-сосудистого риска и принятия решения о дальнейшем ведении скринируемого лица: . рекомендации: .

Результаты обследования на выявление глаукомы возраст лет: внутриглазное давление .

Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний:

Цитологическое исследование мазков женщины возраст лет: .

Осмотр акушера

На зеркалах

Взятие мазка

Кольпоскопия (по показаниям):.

Результат биопсии шейки матки (по показаниям): .

Маммография, вторая читка .Обследована маммографически по скринингу:.

Гемокульт-тест возраст лет: . Проведен гемокульт-тест по скринингу: .

Колоноскопия (по показаниям):.

Эзофагоскопия возраст лет: .

Гастродуоденоскопия возраст лет: .

Результаты ПСА (мужчины возраст лет): .

Индекс здоровья простаты .

Результаты биопсии предстательной железы (по показаниям): .

Посещения:

Вид посещения

Идентификатор врача

Результаты скринингового обследования:

Здоров

☐

да

☐

нет Выявлены поведенческие факторы риска .

Выявлены биологические факторы риска: .

Заключительный диагноз код код наименование тип диагноза код врача

Группа диспансерного наблюдения .

Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики)

☐

да

☐

нет

Дата окончания скрининг-обследования

Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводившего скрининг ID.

Список сокращений формы № 025-7/у "Карта профилактического осмотра (скрининга)":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	СМР	Средний медицинский персонал
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 031/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета записи вызовов врачей на дом

1. Дата и время вызова
2. Индивидуальный идентификационный номер пациента
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения
5. Адрес проживания
6. № участка
7. Повод вызова
8. Вызов первичный/повторный
9. Дата выполнения вызова
10. Кем выполнен вызов (фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача)
11. Диагноз
12. Оказанная помощь

Примечание:

С 1 по 8 поле – формируют учет вызовов врачей на дом, с 1 по 12 поле – формируют учет обслуженных вызовов врачей на дом.

Медицинская документация форма № 040/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Дата	Число посещений					Всего (в постоянных +молочных)
	Всего	в т.числе дети до 14 лет	Другие льготные группы	Первичные посещения		
				из них первичные посещения всего	в т.ч. дети до 14 лет	
1	2	3	4	5	6	7

[illegible][illegible]

Идентификатор врача-стоматолога

Вкладной лист к
сводной ведомости
ежедневного учета работы
врача-стоматолога

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета работы врача-стоматолога-ортодонта

Числа месяца	Число посещений					Число лиц, взятых под диспансерное наблюдение	
	Всего	в том числе				всего	в том числе детей до 14 лет включительно
		г о р о д с к и х ж и т е л е й		с е л ь с к и х ж и т е л е й			
		всего	в том числе детей до 14 лет включительно	всего	в том числе детей до 14 лет включительно		
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Объем выполненной работы								
Внутриротовые несъемные аппараты		Внутриротовые съемные аппараты		Аппараты сочетанного действия	Протезы			в том числе ортопедические
Механического действия	Функционального действия	Механического действия	Функционального действия		Несъемные	Съемные		
9	10	11	12	13	14	15		16

продолжение таблицы

Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение						Общая сумма стоимости работ
в том числе						
всего	с аномалиями отдельных зубов	с аномалиями зубных рядов	с сагиттальными аномалиями прикуса	с трансверзальными аномалиями прикуса	с вертикальными аномалиями прикуса	
17	18	19	20	21	22	23

Вкладной лист к
сводной ведомости
ежедневного учета работы
врача-стоматолога

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета работы врача-стоматолога-ортопеда

	Число посещений	Искусственные коронки (одиночные на зубах)
--	-----------------	--

Числа месяца	Всего	в т.ч. иностранцы	Всего	в том числе						
				металлические	штампованные	литые	пластмассовые коронки и зубы		виниры	керамические
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10
							прямые	непрямые		м / к
										цир
										цел.кег

продолжение таблицы

Коронки на имп-х одиночные					Мостовидные протезы				
в них					в них				
Всего	металлокерамические	коронки циркон	Цельно керамические	Всего мостовидных протезов	литых зубов	литых зубов	зубов м/к	Цельно-керамич	
11	12	13	14	15	16	17	18	19	
					метал	м / к	ц / к		

Шлифовые зубы	Съемные протезы					Лица, получившие протез	
	Частичные	Полные	Частичные бюгельные		Полные съемные пластиночные протезы	Всего	в том числе
	пластиночные	пластмасса	на аттачмен	ка кламмерах			бесплатно
20	21	22	23	24	25	26	27

Медицинская документация форма № 043/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23"ноября2010 года № 907

Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)

№

Дата

1. Индивидуальный идентификационный номер
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
3. Дата рождения дата месяц год
4. Пол
☐ мужской
☐ женский
5. Возраст
6. Национальность
7. Житель
☐ города
☐ села
8. Адрес проживания область район город улица дом квартира
9. Место работы/учебы/детского учреждения
Должность Образование .
10. Наименование страховой компании, № страхового полиса
11. Диагноз
12. Жалобы
13. Перенесенные и сопутствующие заболевания
14. Развитие настоящего заболевания
15. Данные объективного исследования, внешний осмотр
Осмотр полости рта, состояние зубов
Челюсть .
Сторона .
Зуб .
Состояние O/R.C/P/Pt/JMPA/K/I/V
16. Прикус
17. Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба
18. Данные рентгеновских, лабораторных исследований
19. Дневниковые записи (дата, текст, диагноз, Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача и идентификатор)
20. План обследования, лечения (наименование услуги, лекарственные средства)

21. Результаты лечения (эпикриз)

22. Рекомендации

Лечащий врач

Заведующий отделением

Вкладной лист к
медицинской карте
стоматологического больного

План обследования ребенка на стоматологическом приеме

I. Внешний осмотр:				
1. Осанка .				
2. Лицо .				
3. Вредные привычки .				
II. Изучение функций:				
1. Дыхание .				
2. Жевание .				
3. Глотание .				
4. Речь .				
5. Смыкание губ .				
III. Стоматологический статус:				
1. Регионарные лимфоузлы .				
2. Приротовая область .				
3. Предверие полости рта .				
4. Уздечка и губы .				
5. Уздечка языка .				
6. Слизистая полости рта .				
7. Десневой край .				
8. Язык .				
9. Форма зубного ряда .				
10. Состояние челюстей .				
11. Соотношение челюстей .				
12. Аномальное положение зубов .				
13. Прорезывание зубов .				
14. Состояние тканей зуба, цвет .				
15. Форма зуба .				
16. Некариозные поражения ..				
17. Очаги деминерализации .				
18. Интенсивность кариеса				
☐				
КП				
☐				
КПУ.				

19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ				
20. Стоматическая группа здоровья .				
21. Стоматологическая диспансерная группа .				

Медицинская документация форма № 045/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта обратившегося за антирабической помощью

20__ год _____

Дата обращения

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

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

3. Дата рождения _____

4. Домашний адрес, телефон _____

5. Занятие и адрес места работы, № телефона _____

6. Дата укуса, оцарапывания, ослюнения (подчеркнуть и вписать) _____

7. В какую лечебную организацию обращался по поводу укуса и когда _____

8. Описание повреждения и его локализация _____

9. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившим животном _____

10. Обстоятельства укуса, оцарапывания, ослюнения

11. Бешенство животного установлено ветврачом

клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать) _____

13. Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или вписать) _____

14. Анамнез обратившегося:

а) заболевание нервной системы _____

б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____

в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____

г) прочие сведения _____

15. Назначение прививки _____

16. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____

17. Введение антирабического гаммаглобулина, дата, серия _____

18. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение _____

Отек _____

Десенсибилизация: однократная, двухкратная

Суточная доза _____

Повторные введения:

Дата _____ Доза _____ Серия _____

19. Осложнения во время проведения прививок _____

20. Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым, прерван самовольно и прочие (подчеркнуть или вписать)

21. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок _____

22.. Примечание

Подпись врача _____

С правилами поведения во время прививок ознакомлен _____

№ п/п	Дата прививки	Доза вакцины	№ серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки	№ п/п	Дата прививки	Доза вакцины	№ серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки

Медицинская документация форма № 053/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Лечебная карта допризывника №

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2. Индивидуальный идентификационный номер _____

3. Дата рождения: _____

4. Место жительства допризывника _____

5. Место работы (учебы) _____

6. Профессия, должность _____

7. Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке) _____

8. Срок явки:

а) Назначено явиться 20__ года _____ месяц

отправлено напоминание о явке _____

20__ года _____ месяц

Явился 20__ года _____ месяц

9. Находился под наблюдением врача _____

_____ дата

Прохождение лечения

10. Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного осмотра)

11. Данные рентгенодиагностики и лабораторного исследования

12. Диагноз _____

13. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации

Лечащий врач _____

(подпись)

Главный врач _____

(подпись)

Данные медицинского наблюдения

Дата посещения	Текущие наблюдения	Назначение

Линия отреза -----

Отрезной талон № _____ лечебной карты допризывника № _____

— (по снятии допризывника с лечения заполняется и направляется через
территориальный орган в военкомат)

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

—
2. Индивидуальный идентификационный номер _____

—
3. Дата рождения: _____

—
4. Местожительство допризывника _____

—
5. Место работы (учебы) _____

—
6. Профессия, должность _____

—
7. Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)

б) Назначено явиться 20__ года _____ месяц отправлено
напоминание о явке _____ 20__ года _____ месяц

Явился 20__ года _____ месяц

9. Находился под наблюдением врача _____
_____ дата 20__ года _____

— _____
месяц

Явился 20__ года _____ месяц

10. Диагноз (установлен в лечебной организации)

11. Данные объективного обследования

12. Данные рентгенодиагностики

13. Данные лабораторного исследования

14. Данные других исследований

15. Какое проведено лечение

16. Результат лечения

17. Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации

18. Снят с учета лечебной организации

“ ” 20__ года

(Печать лечебной организации)

Лечащий врач

(подпись)

Главный врач

(подпись)

Медицинская документация форма № 054/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Именной список допризывников _____ годов рождения,

направляемых на обследование, для систематического лечения,
на диспансерное наблюдение _____

— — — — —

наименование организации

Область (край) _____ елді мекен (населенный пункт) _____

аудан (район) _____

№ п/ п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Место жительства (подробный адрес)	Место работы (учебы)	Название заболевания	Сроки явки	
							назначено явиться (дата)	явился (дата)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

Оборот ф. № 054 /у

№ п/ п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения	Место жительства (подробный адрес)	Место работы (учебы)	Название заболевания	Сроки явки	
							назначено явиться (дата)	явился (дата)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

20__ года " __ " _____ Районный военный комиссар _____

Примечание: учетная форма может быть использована и для списка
неявившихся для

систематического лечения путем замены слова "направляемых" на "
неявившихся"

и в этих случаях слова "районный военный комиссар" заменяется словами "
главный врач".

Медицинская документация форма № 055/ у утверждена исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социально-психологических услуг

№ п/ п	Фамилия И м я Отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата	Адрес	Личностно-социальный статус пациента	Информация о семье	Социальный диагноз/ Заключение психолога	Выявленные проблемы п р и посещении на дому	О со ра пс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Медицинская документация форма № 055-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при его наличии) _____

2. Дата рождения (число/месяц/год) _____ / _____ / _____

3. Пол: 1- муж, 2- жен

4. Индивидуальный идентификационный номер _____

5. Место жительства

5.1. Житель: 1- города, 2- села

6. Прикрепленный житель: 1- да, 2- нет;

7. Категории населения: 1- школьник, 2- студент, 3- работающий, 4- безработный, 5- другое

8. Повод обращения: 1- консультация, 2- заболевание, 3- социальная проблема, 4 психологическая проблема, 5- участие в тренингах, 6- другое

9. Кем направлен: 1- самообращение, 2- медицинские организации, 3- государственные организации и учреждения, 4 - неправительственные организации, 5 – прочие (вписать) _____)

10. Источник информации: 1- врач, 2- средний медицинский работник, 3- родители, 4- друзья, 5- коллеги, 6- СМИ, 7- телефон доверия, 8- другое

11. Визиты: 1- первичный, 2- повторный

12. Посещения:

Дата	Время посещения	В и д
		п о с е щ е н и я (индивидуальное консультирование, групповая консультация, посещение на дому)
13. Оценка социально-психологической проблемы		

14. Виды социальных и психологических услуг.: 1- социально-медицинские услуги 2 - социально-психологические услуги 3 - социально-педагогические услуги 4 - социально-экономические услуги 5 - социально-правовые услуги 6 - социально-бытовые услуги 7 - социально-трудовые услуги 8 - социально-культурные услуги; 9 - индивидуальные психологические консультации; 10 - семейные психологические консультации; 11 - групповые консультации

15. Исход обращения: 1 - решение ситуации, 2 - улучшение ситуации, 3 - без перемен, 4 - отказ клиента, 5 - другое)

16. Случай обращения: 1 - завершен, 2 - не завершен

17. Социальный работник/психолог:

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Подпись _____

19. Дата " _____ " _____ год

Медицинская документация форма № 057/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Талон

№ амбулаторной карты

№ участка

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии) пациента

Дата рождения

Пол

☐

мужской

☐

женский

Гражданство

Адрес проживания

Контактный телефон

Семейное положение .

Образование .

Место работы/учебы

Должность

Социальный статус .

Ф.И.О. (при его наличии) родителей для детей до 18 лет

При свободном выборе МО ПМСП медицинское обслуживание на дому .

Ф.И.О. (при его наличии) регистратора ID

Список сокращений формы № 057/у "Талон":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

КАРТА

профилактических прививок

20__ года "____" _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2. Дата рождения _____

3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Домашний адрес: населенный пункт ____ улица _____

Дом _____ корпус _____

квартира _____

Отметки о перемене адреса

Стр. 2 ф. № 063/у

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация					
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Стр. 3 ф. № 063/у

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	

Стр. 4 ф. № 063/у

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

Медицинская документация форма № 064/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал учета профилактических прививок

Дата

1. Дата и время
2. № карты
3. Индивидуальный идентификационный номер ребенка/матери (при его наличии)
4. Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) ребенка/матери
5. Дата рождения
6. Наименование заболевания, против которого применена вакцина
7. Страна производитель
8. Номер партии
9. Номер серии
10. Название препарата вакцины, анатоксина и прочие
11. Способ применения
12. Дозировка

ед.изм.

13. Дата и время прививки

14. Побочная реакция или нежелательное явление

Медицинская документация форма № 064-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ж У Р Н А Л д в и ж е н и я в а к ц и н

за 20 _____ год _____

№ п/п	Дата вакцинации	Название вакцины	Привито новорожденных			Израсходовано вакцины (в дозах)	Остаток вакцины (в дозах)
			отделение №1	отделение №2	всего по роддому		
1	2	3	4	5	6	7	8

Медицинская документация форма № 070/ у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Справка для получения путевки

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает больному права поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое лечение

Действительна до _____

— — — — —

(число , месяц , год)

Выдана лицу _____

(фамилия , имя , отчество (при его наличии))

ИИН _____

Дата рождения _____

Место постоянного жительства: _____

в том, что он (она) страдает _____

(у к а з а т ь д и а г н о з)

и что ему (ей) рекомендуется лечение:
курортное _____

(у к а з а т ь р е к о м е н д у е м ы е к у р о р т ы)

а) в санатории _____

(у к а з а т ь п р о ф и л ь)

б) амбулаторно-курсовое (нужное подчеркнуть) _____

В местном санатории (вне курорта)

(у к а з а т ь п р о ф и л ь с а н а т о р и я)

Время года (зимой , весной , летом , осенью) подчеркнуть

Справка действительна лишь по месту жительства или работы больного. Она представляется при получении путевки. После получения путевки необходимо обратиться за санаторной картой в медицинскую организацию, выдавшей справку.

Лечащий врач _____

М.П. Заведующий отделением _____

20__ года "____" _____

Медицинская документация форма № 072/ у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

САНАТОРНО - КУРОРТНАЯ КАРТА

№ _____

20__ года _____

Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка недействительна.

Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту:

Область _____

район _____

город _____

улица _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лечащего врача

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) больного (полностью)

Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть)), дата рождения _____

Индивидуальный идентификационный номер _____

Үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон)

2. Место учебы (работы)

3. Занимаемая должность

Детский блок (0-17 лет включительно)

Место работы родителей и телефон

1. Анамнез: вес при рождении, особенности развития, перенесенные заболевания
(в каком возрасте)

2. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность)

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз) (Профилактические прививки (указать даты))

4. Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное), указать пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда

5. Жалобы в настоящее время _____

6. Об'єктивні дані анамнезу (Данные объективного осмотра)

7. Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований (даты)

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания _____

Подпись лечащего врача _____

Место печати

Подпись заведующего отделением _____

Заключение санаторно-отборочной комиссии

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания

Рекомендуемое санаторно-курортное лечение

Председатель

Члены комиссии

Место печати

Дата

(число, месяц, год)

Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей. Срок действия карты - 2 месяца.

Обязательное приложение к форме.

Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка.

Фамилия, имя ребенка

Находился в санатории _____

с _____ по _____

Диагноз санатория:

Сопутствующие заболевания _____

Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур)

Эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и др., общая оценка результатов лечения)

Рекомендации по дальнейшему лечению _____

Контакты с инфекционными заболеваниями _____

Перенесенные интеркуррентные заболевания, обострение основного и
сопутствующих заболеваний

Подпись ординатора _____

Подпись главного врача _____

Дата _____

Блок для взрослых (18 лет и старше)

3. Диагноз:

а) основной

б) сопутствующие заболевания

Заключение:

Курортное лечение (указать рекомендуемые курорты)

а) в санатории (указать профиль)

б) амбулаторно-курсовое

Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта)
(указать профиль санатория)

Время года

Лечащий врач

Заведующий отделением

Медицинская документация форма № 077/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Путевка №

В детский санаторий _____

наименование санатория и медицинский профиль _____

Сроком с 20__ года _____ до 20__ года _____

Путевка бесплатная, продажа или передача другим лицам запрещается

Фамилия ребенка _____

Имя (полностью) _____

Дата рождения _____

күнү, айы, жылы (число, месяц, год)

Индивидуальный идентификационный номер _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Адрес организации, выдавшей путевку _____

(Подпись лица, выдавшего путевку, должность и фамилия) _____

Печать организации выдавшей путевку

(Стр.2 ф. № 077/у)

В санаторий принимаются дети в возрасте от _____ до _____
включительно

Показания (в соответствии с медицинским профилем)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Общие противопоказания

1. Все болезни в остром периоде _____
2. Все хронические заболевания, требующие специального лечения
3. Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции
4. Бациллоносительство
5. Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия, лейкемия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов
6. Болезни сердечно-сосудистой системы:
 - а) для местных специализированных санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени
 - б) Для санаторного лечения на курортах – недостаточность кровообращения любой степени
7. Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения
8. Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория. Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

Стр.3 ф. № 077/у

Путевка действительна при наличии:

1. Санаторно-курортной карты
2. Справки эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства
3. Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных заболеваний кожи
4. Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство (по эпидемиологическим и медицинским показаниям)
5. Школьники должны иметь характеристику из школы и дневник (при направлении их в осенне-зимне-весенний период)
6. Дети должны быть обеспечены одеждой и обувью по сезону, а также спортивной одеждой и предметами личной гигиены

Примечание:

В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно

(Стр.4 ф. № 077/у)

Адрес санатория _____

Пути сообщения _____

Медицинская документация форма № 079/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Индивидуальный идентификационный номер _ _ _ _ _

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

домашний телефон № _____

№ школы и ее адрес _____

Телефон _____ класс _____ район _____

№ поликлиники и ее адрес _____

телефон № _____

Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз)

Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка
,
болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) _____

Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней) _____

Физическое развитие _____

Физкультурная группа _____

Рекомендуемый режим _____

_____ дата выдачи
справки

Подпись врача школы или детской поликлиники _____

Стр.2 ф.№079/у

Заполняется врачом оздоровительного лагеря

Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в
оздоровительном лагере

Контакт с инфекционными больными _____

Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере:
Общее состояние _____

Вес при поступлении _____ при отъезде _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Дата _____

Подпись врача оздоровительного лагеря _____

Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы

Медицинская документация форма № 082/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Корешок к медицинской справке №

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Диагноз и медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к выезду за границу

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

Название страны

Домашний адрес направляемого

Дата выдачи справки

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Члены комиссии

Место печати врача

Председатель комиссии фамилия имя отчество (при его наличии), идентификатор

Медицинская документация форма № 082/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская справка (для выезжающего за границу)

Выдана Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

лет, в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике . (название и местонахождение организации)

При осмотре установлено

Результат исследования на ВИЧ-инфекцию

По состоянию здоровья лица может быть направлен в заграничную командировку (название страны) сроком на

Дата

Срок годности справки –1 год

Члены комиссии

Место печати врача

Медицинская документация форма № 083/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

☐

мужской

☐

женский

Адрес проживания

Контактный телефон

Место работы/учебы

Должность

Результаты медицинского осмотра у специалистов:

Заключение врача-терапевта/ВОП Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение врача-офтальмолога Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение врача-оториноларинголога Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение врача-психиатра Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
Идентификатор * (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

Дата освидетельствования

Заключение противопоказания

Заключение

1. к управлению троллейбусами и трамваями. 2. к управлению автомобилями без ограничения максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров "А", "В", "С", "D", "BE", "CE", DE", подкатегорий "A1, B1, C1, D1, C1E и D1E", а также трамваями и троллейбусами 3. к управлению индивидуальным автомобилем категории "В" без права работы по найму к управлению автомобилем с ручным управлением. 4. к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "А"). 5. к управлению мотоколяской. 6. к управлению мопедом.

Дата выдачи медицинской справки

Срок годности справки 12 месяцев



Печать медицинской комиссии

Председатель комиссии

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

Секретарь

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

Медицинская документация форма № 084/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу

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

Индивидуальный идентификационный номер _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Место работы и должность _____

Беременность _____ недель _____

Основание для перевода _____

Рекомендуемая работа _____

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

подпись _____

Дата выдачи _____

Перевод осуществлен _____

Должность руководителя _____

Подпись _____

Дата _____

--

Медицинский осмотр .

Дата

Наименование МО

ИИН

Ф.И.О. (при его наличии)

Дата рождения

Пол

☐

мужской

☐

женский

Адрес проживания

Адрес регистрации

Место работы/учебы/детского учреждения

Должность

Дата последнего медицинского обследования

Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра наименование

Врач Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ), идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

Заключение терапевта/ВОП Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ), идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

дата

наименование код

Заключение нарколога Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ), идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

дата

наименование код

Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

Дата

Результат.

Заключение психиатра Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ), идентификатор (ЭЦП, QR код, или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других)

Психологическое тестирование:

Дата

Результат.

Данные рентгенологического (флюорографического) обследования

Дата

Результат.

Данные лабораторных исследований

Врачебное заключение о профессиональной пригодности с указанием условий

Лицо, заполнявшее справку Идентификатор

Ф.И.О. (при его наличии)

Руководитель медицинской организации Идентификатор

Ф.И.О. (при его наличии)

Список сокращений формы № 086/у "Медицинский осмотр":

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

Медицинская документация форма № 108/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Закключение медицинского осмотра (для получения разрешения на
п р и о б р е т е н и е ,

хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия)

20__ года " __ " _____

Выдано гражданину (-ке): _____

Ф.И.О. (при его наличии) _____

ИИН _____

Область (город) _____ район _____

по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра
(нужное подчеркнуть) в организации _____

наименование организации

Врач терапевт _____

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года " ____ " _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-невропатолог _____

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года " ____ " _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-офтальмолог _____

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года " ____ " _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Врач-психиатр с психологическим тестированием: _____

подпись Ф.И.О. (при его наличии)

дата освидетельствования 20 ____ года " ____ " _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Исследование жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ

дата

результат _____

Ф.И.О. (при его наличии) исполнителя

Врач-нарколог _____

подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)

дата освидетельствования 20 ____ года " ____ " _____

Заключение _____

противопоказания имеются /отсутствуют

Место печати врача

Заключение медицинского осмотра

Врач терапевт _____

подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)

Место печати врача

Руководитель медицинской организации _____

подпись Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)

Место печати врача

Председатель комиссии _____

— — — — —

Ф.И.О. (при его наличии) подпись

Секретарь _____

— — — — —
Ф.И.О. (при его наличии) подпись

Список сокращений формы № 108/у "Заключение медицинского осмотра (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия)":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МП	Место печати
3	Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 111/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Индивидуальная карта беременной и родильницы №

Дата взятия на учет

Общая часть:

1. ИИН
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Дата рождения дата месяц год
4. Группа крови . резус-фактор .
5. Дата определения
6. Возраст
7. Национальность
8. Житель

☐

города

☐

села

9. Адрес проживания область район город улица дом квартира
10. Место работы/учебы
- Должность Образование .
11. Наименование страховой компании, № страхового полиса
12. Информация о муже:
- 12.1 ИИН
- 12.2 Ф.И.О. (при его наличии), телефон

12.3 Группа крови . и резус принадлежность

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

При желании беременной женщины, информация, содержащаяся в данной форме может дублироваться на бумажный носитель (аналог обменной карты)

Вкладной лист 1
к индивидуальной
карте беременной и родильницы

Первичный прием:

Дата приема Жалобы при взятии на учет

Анамнез: Дата приема

1. Осложнения данной беременности

2. Наследственность .

3. Перенесенные острые заболевания код наименование.

4. Гепатит

☐

нет

☐

да

5. Туберкулез

☐

нет

☐

да

6. Онко-заболевания

☐

нет

☐

да

7. Венерические заболевания

☐

нет

☐

да

8. Хронические заболевания (если есть, то состоит ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию)

☐

нет

☐

да код наименование.

9. Перенесенные операции код МКБ. код МКБ.

10. Гемотрансфузия

☐

нет

☐

да

11. Аллергоанамнез

☐

нет

☐

да

12. Рентгенологическое обследование (результат последнего обследования)

13. Вредные привычки

☐

нет

☐

да

Акушерско-гинекологический специальный: Дата приема

1. Менструальная функция:

Менархе

в лет

длительность менструации

характер цикла .

2. Половая жизнь с

лет

3. Брак .

4. Данные о здоровье отца (рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

5. Гинекологический анамнез

6. Контрацепция

7. Последняя менструация с _____ по _____

8. Беременность наступила .

Исход предыдущих беременностей*

1. Беременность которая

2. Роды

3. Беременность наступила .

4. Чем закончилась беременность .

5. Срок родов

недель

6. Ребенок родился . масса (вес)

7. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода

* Информация по всем предыдущим беременностям вносится в хронологическом порядке.

Объективные данные: Дата приема

1. Общее состояние (удовлетворительное)

2. Рост см.

3. Масса (вес)

кг.

4. ИМТ (индекс массы тела)

5. Кожные покровы

6. Отеки

7. Исследование молочных желез

8. Состояние органов дыхания

9. Сердечно - сосудистой системы

10. АД: на правой руке

на левой руке

ЧСС

11. Живот

12. Печень, селезенка

13. Симптом поколачивания

14. Другие органы

15. Мочеиспускание

16. Стул

Акушерский статус: Дата приема

1. Размеры таза по показаниям (рост менее 150см и выше 170 см. травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):

D. Sp.

D. cr.

D. troch

c. ext

C. diag

C. vera

2. Наружное акушерское исследование: высота дна матки)

см.

3. Окружность живота по показаниям

см.

4. Положение плода, позиция, вид

5. Предлежание .

6. Сердцебиение плода

7. Срок беременности:

По менструации

недель

По УЗИ (раннему до 16 недель)

недель

8. Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы На зеркалах: Влагалище Шейка матки Тело матки
Придатки Особенности Кольпоскопия (по показаниям)

9. Срок беременности

недель

10. Предполагаемая дата родов

11. Предполагаемое место родов

12. Факторы риска .

Индивидуальный план ведения беременности:

1. Посещения

2. Лабораторные исследования, дата и время (услуга из тарификатора);

3. Инструментальные методы исследования, дата и время (услуга из тарификатора);

4. Консультации специалистов, дата и время (услуга из тарификатора);

5. Профилактические мероприятия

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 2
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Прием врача акушер- гинеколога (заполняется при каждом посещении)

Дата

1. Жалобы

2. Общее состояние

3. АД

4. Пульс

5. Кожные покровы

6. Отеки

7. Живот

8. Матка

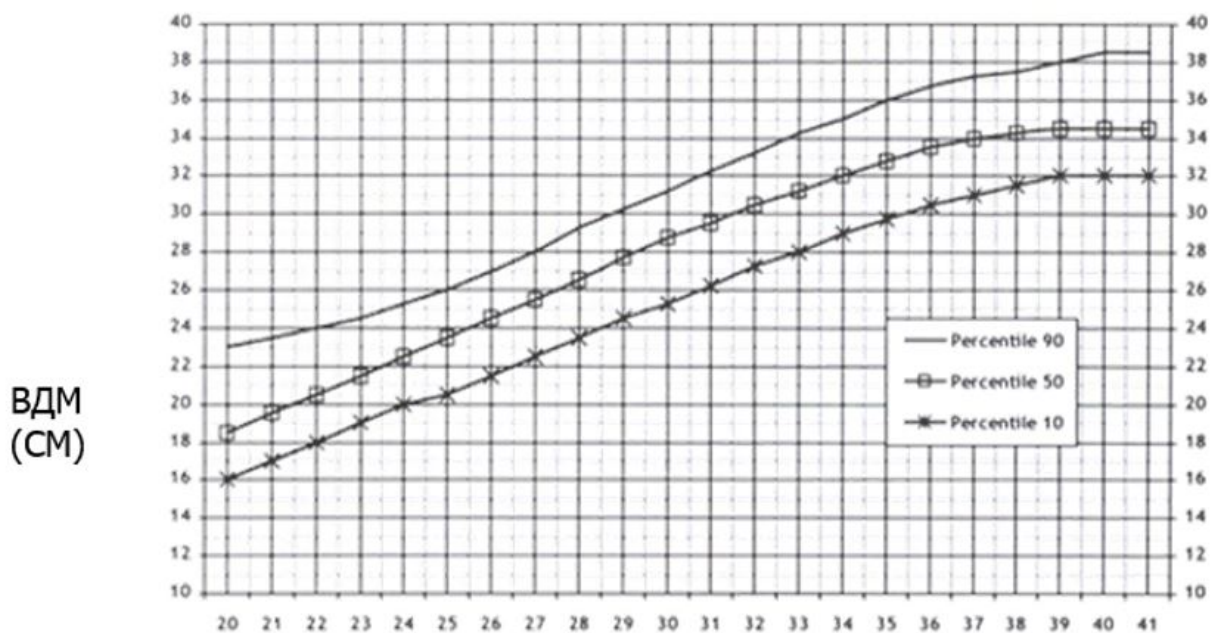
☐

в нормотонусе



в гипертонусе)

Гравидограмма



Наружное акушерское исследование:

1. Высота дна матки

см.

2. Положение плода

3. Предлежание .

4. Сердцебиение плода

5. ЧСС

ударов в мин

6. Другие органы

7. Мочеиспускание

8. Стул

9. Беременность

недель

10. Дополнительный диагноз (при необходимости)

Проведенные обследования (при формировании в МИС, могут отображаться)

Рекомендации

Врач: ID Ф.И.О.

(при его наличии)

Вкладной лист 3

к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Результаты лабораторных и диагностических исследований

1. Дата и время

2. Лабораторные исследования:

Беременность

недель:

услуга из тарификатора., дата и время, результат. RW 1 RW 2 ВИЧ-1 (с информированного согласия) ВИЧ-2 (с информированного согласия) Маркеры гепатита В, дата и время Мазок на микроскопию (по показаниям), дата и время Мазок на онкоцитологию (по показаниям), дата и время

3. Пренатальный скрининг:

Биохимический скрининг Период проведения Дата проведения Результаты обследования Ультразвуковой скрининг Период проведения .Дата проведения Срок беременности

недель Заключение Кардиотокографическое исследование (после 32 недель по показаниям) Доплерометрия (по показаниям) Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 4

к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Консультации специалистов (по показаниям)

1. Дата и время

2. Вид консультации

3. Интерпретация результатов лабораторных анализов, дополнительных исследований

4. Диагноз код наименование.

5. Назначение необходимых услуг и лекарственных средств

6. Идентификатор врача

При необходимости:

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

Вкладной лист 5
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Подготовка к родам (Школа подготовки к родам)

1. Дата проведения

2. Срок беременности

недель

3. Тема занятий

4. Посещение партнера

☐

нет

☐

да

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

Вкладной лист 6
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Патронажные посещения .

1. Дата проведения

2. Срок беременности

недель

3. Жалобы

4. Общее состояние

5. АД

6. Положение плода

7. Предлежание

8. Сердцебиение плода

- 9. Бытовые условия
- 10. Социальное благополучие
- 11. Социально-правовая помощь (по показаниям)
- 12. Психопрофилактическая подготовка к родам: услуга из тарификатора, дата и время
- 13. Результат.
- 14. Рекомендации
- Кем проведен патронаж ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 7
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Выдача дородового/послеродового декретного листа

1. Отпуск по беременности:

с _____

по _____

Листок нетрудоспособности №

2. Роды, дата и время

Роды произошли (из регистра МО)

3. Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах на

дней

с _____

по _____

Листок нетрудоспособности №

4. Выписка родильного дома, дата и время

Послеродовый эпикриз

(Приходит после родов для завершения документа)

1. Дата родов/аборта

2. Осложнения данной беременности код наименование.

3. Экстрагенитальные заболевания, диагноз

4. Исход беременности .

5. Особенности родов

6. Ребенок . вес

гр., рост

см

7. Исход пребывания в стационаре: .

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Вкладной лист 8
к индивидуальной карте
беременной и родильницы

Наблюдение за родильницей (дневник)

1. Дата
2. Общий осмотр
3. Жалобы
4. Результаты проведенных обследований
5. Советы, назначения

Врач: ID Ф.И.О. (при его наличии)

Список сокращений формы № 111/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы":

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

Медицинская документация форма № 130/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Рецепт . №

Дата и время

Выберите для кого

Выберите оплату.

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента

Дата рождения

Домашний адрес

Диагноз

Фамилия, имя, отчество. (при его наличии) врача, идентификатор

Rp.

Международное непатентованное наименование

D.T.D.

D.S.

Рецепт действителен до

Телефон

Медицинская документация форма № 138/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Медицинская документация форма № 138/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Контрольный талон к справке №_____ о временном освобождении от работы по уходу за больным _____ ребенком Д а т а _____ в ы д а ч и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) освобожденного от работы Индивидуальный идентификационный номер М е с т о _____ р а б о т ы Д о м а ш н и й _____ а д р е с Родственные отношения с ребенком Сведения о ребенке фамилия, имя, возраст Д и а г н о з _____ Дошкольное учреждение, школа Освобожден (а) от работы с дд/мм/гг д о _____ д д / м м / г г Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор	Справка №_____ о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком Д а т а _____ в ы д а ч и Выдана _____ гражданину(ке) в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за больным ребенком. М е с т о _____ р а б о т ы Сведения _____ о _____ ребенке Фамилия, _____ имя, _____ возраст Д и а г н о з _____ Дошкольное учреждение, школа Фамилия лица, выдавшего справку, идентификатор

оборотная сторона ф. №138/у

Освобождение от работы

с какого числа	число (включительно)	должность и фамилия врача	подпись врача	подпись председателя ВКК
-------------------	--------------------------	------------------------------	------------------	-----------------------------

Приступить к работе с дд/мм/гг

Идентификатор организации

Медицинская документация форма № 278/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета амбулаторных посещений

1. Дата и время посещения
2. Индивидуальный идентификационный номер
3. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
4. Дата рождения
5. Пол
6. Возраст
7. Национальность
8. Житель



города



села

9. Адрес проживания

10. Причина посещения

11. Диагноз

12. Вид оказанной услуги

13. Фамилия Имя Отчество (при его наличии), идентификатор медицинского работника

Медицинская документация форма ТБ 15/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез

№	Дата обращения	Фамилия Имя Отчество (при его наличии)	Возраст	Пол	Дата напр-я на ММ*		Результаты ММ до ДАГ		Результаты ММ после ДАГ		Дата напр-я на Xpert	результат Xpert
					До ДАГ	После ДАГ	1	2	1	2		

продолжение таблицы

Дата направления на ФГ/РГ*		Рез-т ФГ/РГ		Назначение антибактериальных препаратов: сроки, название		Диагноз, примечание	Дата установления диагноза ТБ
До ДАГ	После ДАГ	До ДАГ	После ДАГ	Дата начала	Дата окончания		

ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография Xpert – Xpert МТВ/Rif

Медицинская документация форма ТБ 16/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта наблюдения за диспансерным контингентом

Индивидуальный	код	-----
1. Индивидуальный	идентификационный	номер
1. Тип контингента		
☐		
ТБ сомнительной активности)		
☐		
ТБ активный		

ТБ неактивный

контактный: ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ;

из МБТ(+)
МБТ(-)

нормергия

гиперергическая реакция

п о б о ч н а я
2 .
Фамилия Имя Отчество (при его наличии)
Регистрационный №

Дата рождения дата месяц год

Пол

м

ж

В о з р а с т

Н а ц и о н а л ь н о с т ь

Житель

города

с е л а

Адрес фактического проживания область район город улица дом квартира

Место работы

Оздорс

санатор

санатор

санатор

Т Б

Дата

Х и р у

к о д

3. Резу:

Бактер

МГ

Дата

продол

Тубери

Дата

4. Сведения о диспансеризации

Д г р у п п а (0; IA; IB; IG; II; IIIA; IIIB)	Дата взятия на ДУ	Диагноз	Дата снятия с ДУ	Причина снятия с ДУ*

* 1 - П е р е в о д в I г р у п п у ;
2 - П е р е в о д в II г р у п п у ;
3 - П е р е в о д в III г р у п п у ;
4 - У м е р о т Т Б ;
5 - У м е р о т д р у г и х п р и ч и н ;
6 - Т Б н е п о д т в е р д и л с я ;
7 - П е р е в о д в д р у г о е у ч р е ж д е н и е ;
8 - О т р ы в о т д и с п а н с е р и з а ц и и "неактивные ТБ"-12мес., "активные ТБ"-6мес., "0гр."-4мес.; 9 - Д и с п а н с е р л і к б а қ ы л а у д а н а л ы н у ы /С н я т с д и с п а н с е р н о г о у ч е т а .
Химиопрофилактика:

5. Эта

группе

Групп:

☐	да		
☐	нет		
☐			
Н	(Изониазид)	Н	и
Е	с	Е	(Изониазид и Этамбутол)
л			и
и			Этамбутол)
			да :
Дата	начала		_____ / _____ / _____
Дата		окончания	_____ / _____ / _____
Дата	начала		_____ / _____ / _____
Дата		окончания	_____ / _____ / _____
Дата	начала		_____ / _____ / _____
Дата		окончания	_____ / _____ / _____
Курс лечения: 60 дней 90 дней 180 дней			

* * * *

2 -

3 -

4- Снят

Медицинская документация форма № 707/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики
К а з а х с т а н
заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты
Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года

Выдана физическому лицу

Индивидуальный идентификационный номер

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Пол

☐

м

☐

ж

Домашний адрес область район город улица дом квартира

Телефон

Место работы

Заключение врача-психиатра:

Фамилия Имя Отчество (при его наличии), подпись и печать врача-психиатра

Место печати (организации)

Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147
Приложение 4 к приказу

Медицинская учетная документация других типов медицинских организаций

Медицинская документация форма № 060-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал учета ВИЧ -инфицированных

№	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Адрес	Дата рождения	Гражданство	Пол	Место работы	Место выявления	№ ИБ	Дата ИБ	Код	Источник инфекции (№ ИБ, дата, Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Путь передачи	Примечания (умер, выбыл с "д" учета)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

Медицинская документация форма № 110/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта вызова бригады скорой медицинской помощи

ИИН	Пол	Дата обслуживания	Дата	Месяц	Год
Фамилия	Повод вызова				
Имя	Повтор	Состав выездной бригады №			
		врач (фельдшер I)			
Отчество (при его наличии)	Результат	фельдшер II (медсестра)			
В о з р а с т Лет месяцев дней	Диагноз I	Парамедик			
Домашний адрес	Осложнения, дополнения	Актив для бригады скорой мед. пом.	№	время	
Место работы	Сопутств. диагнозы	Актив для участкового врача	тел.	принял	
Отказ от осмотра, оказания помощи, госпитализации	В и д травматизма		тел.	принял	
Я пациент (родитель, опекун)_____	Алкоголь	Дополнительная информация по вызову			
отказываюсь от осмотра, помощи, госпитализации. Сотрудниками бригады скорой помощи я предупрежден о возможных осложнениях и последствиях своего отказа.	Доезд	Доставлен и передан			
			Ф И О специалиста		

Сигнальный лист участковому врачу получила(а) ФИО пациента (родителя, опекуна) -----		В учреждение	время	принявшего больного	роспись							
	Освобождение бригад	Экспертная оценка										
		Э т а п экспертизы	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Эксперт
		Старший врач										
З а в . отделением												
	Километраж (км)	З а м . главного врача Эксперт службы внутреннего контроля (аудита)										

Жалобы: _____

Анамнез настоящего заболевания: _____

Анамнез жизни: _____

О б щ е е состояние		желтушные цианоз (акроцианоз) гиперемия сухие влажные чистые сыпь гипостаза	везикулярное пузырьное жесткое ослаблено П Л бронхорея	5	Перкуторный звук: Ясный легочный Притупленная (или т у п о й) Тимпанический Коробочный	обложен налетом		2			
1 2 3	Удовлетворительное средней тяжести тяжелое агональное биологическая смерть			6	Сухожильн.рефлексы : нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует	Живот: мягкий безболезн. болезн., напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет)			Пер		
Сознание				Сер.-сосудист. система	3	Хрипы: нет сухие влажные	Двигательн. сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н			Симптомы: Щеткина-Бл. + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -	
1 2 3 4	ясное оглушен- ность сопор кома отсутствует			1 2	Тоны сердца: ясные, приглушенные , глухие Шумы: нет систолическ, диастолическ.	4	Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная			ч Д Д t° C	
Поведение		Пульс Удов. качест.	1	Без патологии	9	Афазия: моторная, сенсорная, тотальная	Печень: в норме увеличена , см плот- Селезенка в норме				

1	спокоен	3	ритмичный аритмичный	Менингеальн. симпт.		ная болез-	увеличена	П
2	возбужден		напряжен	Ригидность п.	с.Бабинского П Л	ненна	см плотная	у
	в я л ы й ,		слабого	2 п. Кернига (+-)	с. Оппенгейма П Л		болезненна	л
	заторможен		наполнения	Брудзинский (	с .			ь
			отсутствует	+ -)	натяж.периф.нервов			с
Зрачки					Зев:	Мочеполовая система		Ч
						Мочеотделение:		С
						1 Нормальное		С
						Дизурия		
						ССПО - + (П Л)		А д
								пра
								Сат
								кисл
								Сах
								крои
Кожные покровы:					Пищеварительная сист:			
1	физиологические	2	Дыхание	отклон. языка	1	Язык: чистый,		
2	бледные		аускульт.:	П Л опущение		влажный-сухой		
				угла рта				

Status localis

Диагноз скорой помощи

Инструментальные методы диагностики:

Карту заполнил: Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор врача (фельдшера)

Медицинская документация форма № 110-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сигнальный лист участковому врачу

Указать МО (из регистра МО):

1. Дата и время заполнения
2. Индивидуальный идентификационный номер/ номер паспорта пациента
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
4. Дата рождения
5. Диагноз
6. Объективные данные пациента (артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхания, температура)

7. Оказанная помощь больному, оставленному дома

8. Рекомендации

9. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача/фельдшера выездной бригады

Медицинская документация форма № 110-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации

Дата и время поступления заявки в регион	Дата и время поступления заявки в РЦСА	Дата и время передачи заявки в авиакомпанию	Дата и время назначенного вылета	Дата и время фактического вылета	Дата и время прилета в населенный пункт	Дата и время прибытия в стационар	Дата и время выезда из стационара	Дата и время вылета из населенного пункта

Штрих код _____

И И Н	№ Оперативной бригады
Ф.И.О. (при его наличии) пациента (при его наличии)	
Дата рождения: Возраст: Пол М/Ж (нужное подчеркнуть)	

М е с т о

Диагноз: код МКБ-10

Обстоятельства травмы:

В р а ч

Жалобы в стационаре:

нет;

да:

Объективные

данные:

Активность:

сохранена;

ограничена;

резко

Конституция:

Эмоциональный статус:

нормальный;

лабильный

Сон:

нормальный;

ограничена

☐ астенич. ☐ ☐ гиперстенич ☐ ☐ н о р м а ; Поведение соответствует возрасту пациента: ☐ да; ☐ нет	☐ н а р у ш е н : Аппетит: ☐ нормальный; ☐ повышен ☐ с н и ж е н (с каких пор):
--	--

Уровень сознания по шкале Глазго:

☐ Ясное (по ШКГ 15) ☐ Оглушение умеренное (ШКГ 13-14)	☐ Оглушение глубокое (ШКГ 10-12) ☐ Сопор (ШКГ 8-9)	☐ Кома умеренная (ШКГ 6-7) ☐ Кома глубокая (ШКГ 4-5)	☐ Кома терминальная (ШКГ-3)
--	---	---	---

Status localis:

Жалобы перед транспортировкой:

☐

нет;

☐

да:

Анамнез настоящего заболевания:

А н а м н е з

Аллергоанамнез

☐

неотягощен;

☐

отягощен:

Наследственность:

☐

не отягощена;

☐

отягощена:

Прием медикаментов:

☐

не принимает;

☐

принимает (что, когда и зачем):

Эпид. анамнез:

☐

не отягощен;

☐

отягощен:

Перенесенные инфекции.:

☐

нет;

☐

да:

☐

туберкулез;

☐

кож.-вен.;

☐

гепатит;

☐

др.:

Состоит на диспансерном учете:

☐

нет;

☐

да:

Операции:

☐

нет;

☐

да (дата, название последней):

Инвазивные процедуры (в последние 12 часов):

☐

нет;

☐

да:

☐

колоноскопия;

☐

лапароскопия;

☐

ирригоскопия;

☐

другое:

Общее состояние удовлетворительное средней тяжести тяжелое агональное биологическая смерть Сознание ясное оглушенность 1,2 сопор 1,2,3 отсутствует Поведение спокоен возбужден в ял заторможен Зрачки нормальное миоз-мидриаз реакция на свет: живая ослабленная отсутствует анизокория DS	Кожные покровы физиолог. бледные желтушные цианоз акроцианоз гиперемия сухие влажные чистые сыпь гипостаз Сер.-сосудист. система 1.Тоны сердца : ясные, приглушенные , глухие 2.Шумы:нет, систолическ, диастолическ., 3.Пульс: удов. качест. ритмичный аритмичный напряжен слабого наполнения отсутствует	Дыхательная система 1.Экскурия груд.кл: нормаль. снижена П. Л. патолог. дыхание; отсутствует 2.Перкуторный звук.: ясный легочный притупленная (или тупой) тимпанический коробочный 3.Дыхание аускульт: везикулярное пуэрильное жесткое ослаблено П Л бронхорея 4.Хрипы: нет сухие влажные 5.Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная	Невролог. статус: 1.Без патологии 2.Менингеальн. симпт. Ригидность п. п. Кернига (+-) Брудзинский (+-) 3.Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм гориз., верт. 4.ЧМН: птоз П Л Носогубн. скл. сглаж. нарушения глотания отклон. языка П Л опущение угла рта 5. Сухожильн.рефлексы: нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует 6.Двигательн. сфера: парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н 7. Болевая чувствительн. снижен П Л В Н 8.Афазия:моторная, сенсорная, тотальная 9.с.Бабинского П Л с.Оппенгейма П Л с.напряж.периф.нервов 10.Зев: спокойный, гиперемия, отечность	Миндалины: увелич,рыхлые, пробки Пищеварительная сист.: 1.Язык: чистый, влажный-сухой обложен налетом 2.Живот: мягкий безболезн, болезн , напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет) 3.Симптомы: Щеткина-Бл. + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + - 4.Печень: в норме увеличена, ___см плотная болез- ненна 5.Селезенка: в норме увеличена ___см плотная болез- ненна	Мочеполовая система 1. Мочеотделение : Нормальное Дизурия___ ССПО - + (П Л) 2.Акушерский статус Высота Дно Матки:_____ с м 3.Живот: овоидной____ с м округлой____ с м др._____ _____ 4.Тонус матки: норма, схватки 5.Положение плода: продольное косое; поперечное Предлежащая часть 6.Менструаль- ный цикл: без нарушений нарушения	Пе от от М Те пр ор с за Пе ЧД t ° Пу ЧС А п ле Са ки С кр мм И х бе ух
--	---	--	--	---	--	--

Скрининг – Оценка боли Есть БОЛЬ: ☐ Нет ☐ Да Если Да: Локализация:Как часто болит:	Рис.1. Интенсивность боли (балл)	ПСИ: ОЦЕН ☐ Нет п состоя ☐ Нерво: ☐ Не дру ☐
---	----------------------------------	---

Как долго болит: Как болит (характер боли): Как сильно болит (интенсивность, Рис.1): ... (балл) при наличии боли начать Лист оценки боли в зависимости от возраста !!!	(используйте лица детям, цифры – от 8 лет) Нет боли Нестерпима	Злость ☐ Депрессия ☐ Возбуждение ☐ Затормозить ☐ Другое ☐
---	---	--

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В Обучении пациента/законного представителя Способность к обучению: ОБУЧЕНИИ ПАЦИЕНТА, ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

☐	трудно	☐
☐	обучаем обучаем;	☐
☐	н е	☐
☐	Необходимо обучить:	☐
☐	Права пациента	☐
☐	Профилактика падения	☐
☐	пациента;	☐
☐	законного	☐
☐	Боль и ее	☐
☐	ИС (общее, представителя симптомы специальное)	☐
☐	Этика и	☐
☐	Д р у г и е	☐

т е м ы

ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЯ - Пациенты транспортирующиеся по линии санитарной авиации учитывая тяжесть риска падения.

Консультация (коррекция лечения), операция пациента	Показатели гемодинамики					
	ЧДД	t0 C	PS	ЧСС	АД	Сатурация
До						
После						
Результат: консультирован, оперирован, оставлен на месте, транспортирован (подчеркнуть)						
Диагноз врача-консультанта						Рекомендации

Жалобы в машине с к о р о й медицинской помощи: ☐ нет;	☐ да:					
Динамическое наблюдение пациента при транспортировке	Показатели гемодинамики					
	ЧДД	t0C	PS	ЧСС	АД	Сатурация
	1 час					
	2 часа					
	3 часа					
4 часа						
Время	Медикаменты (название ЛС, доза (ед.изм.), длительность, способ, скорость введения)					
1 час						
2 часа						
3 часа						
4 часа						
Метод транспортировки:			На коляске			На носилках

Медицинское оборудование:

Транспортировку пациент перенес: хорошо, удовлетворительно, с ухудшением, умер (подчеркнуть)

Дата _____

Время _____ передачи больного в приемный покой медицинской организации (МО) или бригаде скорой медицинской помощи

Ф.И.О (при его наличии) врача, доставившего пациента _____
Код _____ Подпись _____
Ф.И.О. (при его наличии) врача, принимающей МО или бригады скорой
медицинской помощи _____
Подпись _____
Пациент транспортирован в _____

Наименование медицинской организации
Список сокращений формы № 110-2/у "Карта вызова бригады санитарной
авиации":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МИС	Медицинская информационная система
3	МКБ-10	Международная классификация болезней
4	МО	Медицинская организация
5	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 114/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи
(подшивается к истории болезни) №

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения дата месяц год

Взят с .

Диагноз при направлении скорой помощи

Доставлен в (дата и время)

По вызову принятому в (дата и время)

Диагноз при направлении

Диагноз приемного отделения

Врач Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 1 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 2 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Медицинская документация форма № 114/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи
(после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой

п о м о щ и)

№

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения

Переноска .

Доставлен в (дата и время)

по вызову, принятому в (дата и время)

Врач Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 1 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Фельдшер 2 Фамилия Имя Отчество (при его наличии) Идентификатор

Диагноз при направлении

Диагноз приемного отделения

Заключительный диагноз

Операция дата и время

Обслужен амбулаторно провел дней

Исход пребывания

Замечания персонала скорой помощи

Прочие замечания

Вкладной лист
к сопроводительному листу
Отделения санитарной авиации

Сопроводительный лист санитарной авиации (подшивается к истории

б о л е з н и)

№

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения дата месяц год

Адрес проживания область район город улица дом квартира

Диагноз при направлении наименование код МКБ-10

Обстоятельства травмы

Откуда доставлен .

Куда доставлен .

Оказанная помощь

Состояние пациента на момент доставки в стационар

АД ,

ЧСС ,

ЧДД ,

PS ,

t

Сатурация

Доставлен (дата и время)

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача, доставившего пациента, ID

Состав МБСА

Талон к сопроводительному листу санитарной авиации

(после выписки или смерти больного пересылается в центр санитарной
а в и а ц и и)

№

ИИН

Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

Дата рождения дата месяц год

Адрес проживания область район город улица дом квартира

Диагноз при направлении . наименование код МКБ-10

Обстоятельства травмы

Откуда доставлен .

Куда доставлен .

Оказанная помощь

Состояние пациента на момент доставки в стационар АД

, ЧСС

, ЧДД

, PS ,

t

Сатурация

Доставлен (дата и время)

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) врача, доставившего пациента

Идентификатор

Состав МБСА

Заключительный диагноз наименование код

Операция наименование код (дата и время)

Исход пребывания: .

Дата выписки (смерти) (дата и время)

Фамилия Имя Отчество (при его наличии) лечащего врача, ID

Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания бригады санитарной авиации)

Вкладной лист
транспортировки новорожденного

Протокол транспортировки новорожденного

Дата рождения дата месяц год

Гестационный возраст

Посменструальный возраст

Возраст

Масса тела при рождении

Фактическая масса тела

Пол ребенка

☐

м

☐

ж

Причина перевода новорожденного

Длительность транспортировки

Материнский диагноз наименование код

Диагноз новорожденного ребенка наименование код

Вид респираторной поддержки во время перевода

☐

CPAP

☐

IMV

☐

Кислород

Основные жизненные показатели новорожденного в направляющем
медицинском учреждении

Частота сердечного сокращения

Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ:

☐

РIP

☐

реер

☐

Ti

☐

Rate

☐

FiO2

Артериальное давление

Температура тела

0C

Сатурация %

Сахар крови

Газовое состояние крови pH/pCO2/pO2/HCO3/BE

Состояние новорожденного при переводе

Время

Частота сердечного сокращения

Частота дыхания

Артериальное давление

Температура тела

0C

Сатурация %

Параметры вентиляции

☐

PIP

☐

реер

☐

Ti

☐

Rate

☐

FiO2

Газовое состояние крови pH/pCO2/pO2/HCO3/BE

Суточная потребность в жидкости

Мл/кг/сут

Скорость инфузии

Мл/час

Лекарственные препараты/время

Санация

☐

да

☐

нет

Кормление

(мл)

Диурез

(мл)

Стул

☐

да

☐

нет

Общий объем за время транспортировки (мл)

Скорость диуреза

Мл/кг/час

Оценка степени комфорта для новорожденного

☐

Возбужденный

☐

Активный

☐

Медицинский сон

☐

Сон

Использование седативных и паралитических препаратов

Получил

☐

да

☐

нет

Название лекарственного препарата наименование

Доза препарата

Родители получили полную информацию по поводу транспортировки
новорожденного

☐

да

☐

нет

Если родители не получили, то по какой причине?

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

Ф.И.О. (при его наличии) медицинской сестры, Идентификатор

Дата и время перевода

Состояние новорожденного в принимающем медицинском
учреждении

Частота сердечного сокращения

Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ:

☐

PIP

☐

реер

☐

Ti

☐

Rate

☐

FiO2

Артериальное давление

Температура тела

0С

Сатурация %

Сахар крови

Газовое состояние крови pH/pCO2/pO2/HCO3/BE

Список сокращений формы № 114/у "Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	t0	Температура тела
3	АД	Артериальное давление
4	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
5	МБСА	Мобильная бригада санитарной авиации

6	МКБ-10	Международная классификация болезней
7	МО	Медицинская организация
8	PS	Пульс
9	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
10	ЧДД	Частота дыхательных движений
11	ЧСС	Частота сердечных сокращений

Медицинская документация форма № 117/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской
п о м о щ и**

форме санитарной авиации

В

№ п/п	Дата и время вызова	Откуда и кем сделан вызов	Ф.И.О. (при его наличии) пациента	ИИН	Диагноз или причина вызова	Местонахождение больного
1	2	3	4		5	6

Разворот ф. № 117/у

Состав бригады, консультантов или сопровождающих		Наименование авиакомпании, тип воздушного судна	Дата и время подачи оперативной заявки	Время вылета	Время прилета	В и д медицинских услуг	Причина отмены оперативной заявки	Старший врач смены
Ф.И.О. (при его наличии)	должность, специальность, МО							
7	8	9	10	11	12	13	15	16

Список сокращений формы № 117/у "Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МО	Медицинская организация
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 118/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Задание на санитарный полет № _____

20 ____ года " ____ " _____ часов ____ мин. ____

Командиру воздушного судна _____

Наименование авиакомпании _____

Вид, тип, бортовой № воздушного судна _____

Цель полета _____

Маршрут полета)		Фамилия, имя, отчество (при его наличии) медицинского работника	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента
Пункт отправления	Пункт прибытия		
1	2	3	4

Примечание _____

М.П.

Руководитель (координатор) службы санитарной авиации _____

(фамилию пишите разборчиво) (Подпись)

Оборотная сторона ф. № 118/у

Сведения пилота о выполнении заявки

Тип воздушного судна _____ бортовой № воздушного судна _____

Дата	П у н к т отправления п о фактическому маршруту полета	П у н к т прибытия по фактическому маршруту полета	Количество пассажиров	Время				время полета		время н а земле		Время стоянки в пунктах посадки		Пройдено километров
				вылета		прилета								
				час	мин	час	мин	час	мин	час	мин	час	мин	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Итого:														

Пилот Ф.И.О. (при его наличии), подпись (при его наличии) _____

_____ Подпись _____

Ф.И.О (при его наличии). и подпись лиц, пользовавшихся воздушным судном
):

МБСА:

Пациент:

Сопровождающий:

Сведения о лице, сопровождающем пациента Ф.И.О. (при его наличии) _____

_____ Ф.И.О. (при его наличии) (командира воздушного судна) _____

_____ Подпись _____

Примечание: уход на запасной, замечание по полету КВС _____

Список сокращений формы № 118/у "Задание на санитарный полет":

1	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
2	МП	Место печати
3	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма №118-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	
Оперативная заявка № _____ на "____" _____ 20__ г.	Срочно (да/нет)

Заказчик: _____

(наименование организации, министерства, ведомства)

Эксплуатант: _____

(наименование авиакомпании)

Цель полета _____

— (транспортировка, операция, консультация, транспортировка донорских органов)

Тип воздушного судна _____

— Время вылета _____

— (дата, время вылета (время Нур-Султана))

Маршрут и загрузка воздушного судна по этапам полета:

Аэропорт отправления	Аэропорт прибытия	Загрузка			
		Количество сотрудников МБСА	Количество пациентов	Количество сопровождающих	С п о с о б транспортировки (сидя; лежа; на руках; в кувезе)

Информация по получению/отказа оперативной заявки эксплуатантом:

Дата и время получения оперативной заявки	Оперативная заявка принята на исполнение	Оперативная заявка не принята на исполнение. Причина отказа:
Старший врач смены: _____ (подпись, Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) М.П.		Представитель "Эксплуатанта": _____ (подпись, Фамилия, имя, отчество (при его наличии)), должность) М.П.

Информация по отмене оперативной заявки заказчиком:

Время отмены ОЗ	Причина отмены ОЗ	Дополнительная информация по отмене ОЗ	Подпись, Фамилия, имя, отчество (при его наличии)старшего врача смены

Медицинская документация форма № 121/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал учета приема детей в дом ребенка за 20____ год _____

Р/с № п/п	Дата поступления	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка	Индивидуальный идентификационный номер	Дата рождения (год, число, месяц)	Кем направлен	Причина направления	С какими документами направлен в дом ребенка	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и адрес родных ребенка (отца, матери, других близких родственников, опекунов)	К п, п р и р
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Дата перевода или выписки ребенка	Адрес организации и лица, принявшего ребенка	По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка	Кто выписал ребенка из дома ребенка	Подпись выписавшего	Отметки о случае смерти (указать дату и где умер: в больнице, в доме ребенка)
11	12	13	14	15	16

Медицинская документация форма № 270-3/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей ,

ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери

1. Индивидуальный идентификационный номер беременной
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) беременной
3. Дата рождения
4. Адрес проживания
5. Дата выявления вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. Дата выявления беременности
7. Отношение к группе риска
8. Диагноз
9. Исход беременности
10. Индивидуальный идентификационный номер ребенка
11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
12. Полный клинический диагноз
13. Профилактическое лечение

14. Результаты исследований
15. Лечение
16. Дата снятия с динамического наблюдения
17. Дата перевода в группу ВИЧ-инфицированных
18. Дата смерти

Медицинская документация форма № 271/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории

Начат " " _____ г.
Окончен " " _____ г.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Дата забора крови	Дата проведения анализа	Тип тест-системы, серия	Результат	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Медицинская документация форма № 275/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Лист конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ

Я, Ф.И.О. (при его наличии) _____

— — — — —

— — — — —

ИИН _____

Дата рождения _____

проживающий(ая) по адресу _____

— — — — —

подтверждаю _____ собственноручно, что оповещен(а) врачом _____

ФИО врача _____

— — — — —

областного (городского) центра по профилактике и борьбе со СПИДом о том, что

являюсь ВИЧ инфицированным.

Уведомлен (а) об уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции по действующему законодательству Республики Казахстан.

Поставлен (а) в известность: о путях передачи ВИЧ-инфекции другим лицам; о необходимости использования индивидуальных средств защиты; об обязанности

сообщения о своем ВИЧ-заболевании половым партнерам, партнерам по внутривенному употреблению наркотиков, медицинским работникам при обращении за медицинской помощью; о пожизненном запрещении мне быть донором.

Ознакомлен (а) с порядком диспансерного наблюдения и получения медицинской

помощи в областном (городском) центре по профилактике и борьбе со СПИД.

Я согласен (а) на внесение моих персональных данных в электронные информационные ресурсы (ст. 28 Кодекса РК О здоровье народа и системе здравоохранения от 18.09.2009 N 193-4).

Дата _____

Подпись ВИЧ инфицированного лица _____

Подпись лечащего врача _____

Список сокращений формы № 275/у

"Лист конфиденциального собеседования с лицом, инфицированным ВИЧ":

1	ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
4	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Медицинская документация форма № 280/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Бракеражный журнал

Начат "___" _____ 20__ г

Окончен "___" _____ 20__ г

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу информации о бракераже

Дата	Ф.И.О (при его наличии) сотрудника						Подпись
№ п/п	№ регистрационный в лаборатории	Год, месяц, день поступления	Название учреждения,	Причина бракеража	Принятые меры	Ф.И.О (при его наличии) (инициалы) подпись сотрудника ответственного	Подпись врача-лаборанта

			доставившего материал			за получение информации о бракераже	/менеджера по качеству
1	2	3	4	5	6	7	8

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Приложение 5
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года
№ ҚР ДСМ-147
Приложение 5 к приказу
исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Медицинская учетная документация лабораторий в составе медицинских организаций

Медицинская документация форма № 201/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Направление №

на лабораторное исследование услуги /на консультационные услуги/ на
госпитализацию, перевод в другой стационар

1. ИИН / № паспорта (для иностранцев)
2. Ф.И.О. (при его наличии)
3. Дата рождения
4. Пол
5. Гражданство
6. Житель

☐

города

☐

села

7. Адрес проживания область район город улица дом квартира
- Номер мобильного телефона

8. Диагноз
9. Наименование направившей МО (из регистра МО)
10. Кем направлен Ф.И.О. (при его наличии) ID
- Должность направившего
11. Дата направления
12. Тип возмещения затрат

Заполняется при направлении на исследования для определения эпидемиологического статуса:

13. Место работы/учебы/детского учреждения,
14. Должность (только для медицинских работников и студентов медицинских ВУЗов)
15. Социальное положение

Вкладной лист 1 к направлению

Специальная часть только для формирования направлений на лабораторные
у с л у г и
и диагностические исследования или консультация специалиста:

1. Услуга из справочника.
2. Вид первичной пробы (если необходимо)
3. Обследование (если необходимо)

☐

первичное

☐

повторное

4. Заказ на исследование (если необходимо):

☐

плановое

☐

экстренное

5. Примечание
6. Материал (если необходимо)
7. Код обследования по форме № 4 (если необходимо)
8. Дата взятия образца, время забора (если необходимо)
9. Дата и время отправки образца (если необходимо)

Следующие поля заполняются "Казахским научным центром дерматологии и инфекционных заболеваний" и "Национальным научным центром фтизиопульмонологии":

1. При направлении на индивидуальное исследование образцов крови на
м а р к е р ы

ВИЧ-инфекции, необходимо получить информированное согласие пациента:

Я, _____
с о г л а с е н (н а)

на консультирование и тестирование, и внесение моих персональных данных в электронные информационные ресурсы (ст. 28 Кодекса РК О здоровье народа и системе здравоохранения от 18.09.2009 N 193-4).

Дата

Подпись _____

2. При необходимости формировать посписочное направление.

Следующие поля заполняются только при необходимости их реализации в направлении для уточнения характера направления

1. Метод типирования (применимо при трансфузии)
2. Место взятия материала (применимо для цитологических исследований)
3. Показания к обследованию (применимо для микробиологических исследований)
4. Применимо при выборе в справочнике услуг патолого-гистологического исследования:
 - 4.1 Отделение
 - 4.2 Биопсия
 - 4.3 При повторной биопсии указать № и дату первичной
 - 4.4 Дата и вид операции код наименование
 - 4.5 Маркировка материала, число объектов
 - 4.6 Клинические данные:

Продолжительность заболевания, проведенное лечение, при опухолях –
т о ч н а я

локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к
о к р у ж а ю щ и м
тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при
исследовании лимфоузлов - указать анализ крови, соскобов эндометрия,
м о л о ч н ы х
желез – начало и окончание последней нормальной менструации, характер
н а р у ш е н и я
менструальной функции, дата начала кровотечения

5. Применимо при выборе в справочнике услуг на исследование крови на CD-4, CD-8:

- 5.1 Номер иммуноблота
- 5.2 Дата начала противовирусной терапии

6 Применимо при проведении бактериологического исследования патологического материала на туберкулез:

- 6.1 Локализация:

- 6.2 Причина для исследования:
 6.3 Срок лечения (месяц)
 6.4 Дата сбора патологического материала:
 6.5 Тип больного
 6.6 Категория



I



IV

Вкладной лист 2 к направлению

Специальная часть только для формирования направления на госпитализацию или перевод в другой стационар:

Название МО, в которую направляется пациент (из регистра МО)

№ медицинской карты пациента

Дата начала лечения

Список сокращений формы № 201/у "Направление":

1	ID	Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или другой уникальный признак, позволяющий отличать его от других))
2	ИИН	Индивидуальный идентификационный номер
3	МО	Медицинская организация
4	НПЦТ	Научно-производственный центр трансфузиологии
5	РК	Республика Казахстан
6	Ф.И.О. (при его наличии)	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
7	ЭЦП	Электронная цифровая подпись

Медицинская документация форма № 202/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Результат №

на лабораторное/диагностическое исследование / консультационные услуги

1. Наименование и контактные данные лаборатории, выдавшей результаты (из регистра МО)

2. ИИН пациента / № паспорта (для иностранцев)

3. Ф.И.О. (при его наличии)

4. Дата рождения

5. Пол

6. Гражданство

7. Житель



города



села

8. Адрес проживания
9. Наименование направившей МО (из регистра МО)
10. Кем направлен Ф.И.О. (при его наличии) ID
11. Должность
12. Дата и время поступления пробы в лабораторию
13. Дата и (при необходимости) время забора первичной пробы
14. Вид первичной пробы, анатомическая локализация места забора (при необходимости)
15. Перечень выполненных исследований, дата и время выполнения, результаты (для количественных результатов – референсные интервалы и значения принятия клинических решений, описание диагностических исследований, результат проведенных консультаций):
Из справочника. Результат. (при необходимости добавить строки)
16. Интерпретация результатов или заключение (при необходимости)
- 14.1 Ф.И.О. (при его наличии) и идентификатор специалиста
17. Комментарии (замечания по качеству проб, отклонения при выполнении процедур исследований и т.п.)
18. Ф.И.О. (при его наличии) лиц, выполнивших исследование Ф.И.О. (при его наличии) ID
19. Дата и время формирования отчета о результатах исследований
- 20.* Номер страницы из общего числа страниц (например, 1 из 3, 2 из 3 и т.п.)

Список сокращений формы № 202/у "Результат":

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

Медицинская документация форма № 240/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Результат микробиологического исследования и определения чувствительности

выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам

20__ года " __ " _____

дата взятия биоматериала

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

Дата рождения _____

Организация _____ отделение _____

палата _____ участок _____

медицинская карта № _____

При исследовании _____ (указать материал)

	Наименование микроорганизмов						
Выделены							
	1				2		
	Чувствительность* микроорганизмов						
Наименование препаратов с учетом их наличия в ЛПУ	устойчив	малоустойчив	чувствителен	МИК мг/мл	устойчив	малоустойчив	чувствителен
Антибиотики							
Пенициллин							
Метициллин							
Оксациллин							
Диклоксациллин							
Ампициллин							
Карбенициллин							
Эритромици							
Олеандомицин							
Линкомицин							
Ристомидин							
Рифамицин							
Левомецетин							
Тетрациклин							
Стрептомицин							
Канамицин							
Мономицин							
Гентамицин							
Неомицин							
Полимиксин							
Цепорин							
Цефалоспорин							
	Чувствительность* микроорганизмов						
	1				2		
Сульфаниламиды							

Сульфадиметоксин							
Норсульфазол							
Нитрофураны							
Фуразолин							
Фурацилин							
Фурадонин							
Фурагин							
Фуразолидон							
Перти							
Норбактин							
Фторхинолоны							
Прочие							

продолжение таблицы

Чувствительность* микроорганизмов		Ассоциация микроорганизмов						
		3				4		
МИК мгл/мл	устойчив	малоустойчив	чувствителен	МИК мгл/мл	устойчив	малоустойчив	чувствителен	МИК мгл/мл

20__ года Подпись _____

***Результат отметить: при использовании метода дисков- знаком "+", при использовании метода разведений - указанием минимальной ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл)**

Медицинская документация форма № 240-4/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал контроля посуды и питательных сред

Дата	Наименование средств	Результат	Подпись
1	2	3	4

Медицинская документация форма № 240-5/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений

Дата	Регистрационный №	Наименование продукт, пробы	Мезофильные анаэробные и факультативные микроорганизмы	Титр E.coli	Титр протей	Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Исследование на стафилококк	Исследование на энтерококк
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Медицинская документация форма № 240-6/у Утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

Дата	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Индивидуальный идентификационный номер	Отделение	Исследуемый материал	Характер роста			Микроскопия Рессель	Лактоза
					Чистовича	Эндо	Кровяной агар		Плазма
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Мочевина	Маннит	Индол	Подвижность	Симонса	Дониалация	Результат исследования к а/биот.	Дата окончания, подпись
Стерильность	Агаровый косяк	Солевой бульон	Желчный буль.	Сахарн. бульон	Ацетатная среда		
14	15	16	17	18	19	20	21

Медицинская документация форма № 240-8/у Утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал микробиологических исследований крови на стерильность

Дата	Регистрационный №	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) адрес, место работы	Индивидуальный идентификационный номер	Диагноз	Дата заболевания	Кем доставлен	Цель исследования	Высевы			
								I	II	III	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Продолжение таблицы

Микроскопия	Тесты идентификации	Дата окончания анализа	Подпись
14	15	16	17

Медицинская документация форма № 240-10/у Утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Форма учета лабораторных и диагностических исследований

1. Дата и время
2. Индивидуальный идентификационный номер
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

4. Дата рождения
5. Пол
6. Категория по оплате
7. Идентификатор отделения (применимо при лаборатории в структуре МО)
8. Номер медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента (применимо при лаборатории в структуре МО)
9. Идентификатор направившей МО (применимо для лабораторий вне МО)
10. № направления
11. Дата поступления материала
12. Диагноз
13. Исследуемый материал
14. Категория услуги
15. Наименование услуги
16. ID сотрудника, выполнившего исследование

Медицинская документация форма № 240-12/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации микробиологических исследований смывов

№ п/п	Дата взятия	Место забора	Ц е л ь исследования	Результат исследования				Д а т а выдачи результатов	Идентификатор лица, проводившего исследования
				БГКП	Золотистый стафилококк	УПФ (условно патогенная флора)	ПМФ (патогенная микрофлора)		
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

Медицинская документация форма № 240-14/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии

Дата посева	Характер колонии	Морфология	Уреаза	Цистианаза	Крахмал	Глюкоза	Сахароза	Токсичность	Тип	Дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Медицинская документация форма № 250-1/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал движения первичной пробы

_____ (название а н а л и з о в)

Начат 20 ____ года " ____ " _____ окончен 20 ____ года " ____ " _____

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу биоматериала

Дата	Фамилия.Имя.Отчество (при его наличии) сотрудника	подпись

обратная сторона

название МО	дата	движение биопробы													
		Нактытапсырылған биоматериал саны (количество фактически сданного биоматериала)													
		Б / Х	М Н О	гормон	HbA1c	Гепатиты B,C	такролимус	циклоспорин	П Ц Р	г р к р о в и а/ти	микрореакция	О А К	О А М	кал, соскоб	Сте чист

Продолжение таблицы

движение биопробы					несоответствия
Тапсырды (сдал)			кабылдады(принял)		
фамилия	уақыты	подпись	Время/	подпись	

Медицинская документация форма № 250-2/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер

— — — — — — — —
(н а з в а н и е а н а л и з о в)
Начат 20 ____ года " ____ " _____ окончен 20 ____ года " ____ " _____

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Дата	Фамилия. Имя. Отчество (при его наличии) сотрудника	подпись

Арткы жак/Обратная сторона

№	Д а т а обнаружения несоответствия	Несоответствие	Незамедлительные действия по устранению несоответствия	Принятые корректирующие меры	Оценка и результат эффективности принятых мер

Медицинская документация форма № 250-3/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин

— — — — — — — —

Начат 20 ____ года " ____ " _____ окончен 20 ____ года " ____ " _____

Дата	Фамилия. Имя. Отчество (при его наличии) сотрудника	подпись

[illegible]

Рабочий журнал микробиологических исследований

Начат 20 года " "

Окончен 20 года " "

Дата	№ п/п	№ регистрационный	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения обследуемого	Индивидуальный идентификационный номер	Место работы, домашний адрес обследуемого	Стационар, отделение, контингент	Наименование среды и характера роста
1	2	3	4	5	6	7	8

[illegible]

1. В графу 3 "Регистрационный номер" переписываются номера анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под одним номером.

2. В графе 7 "Наименование среды и характер роста" отмечают название плотных питательных сред, на которые производят посев исследуемого материала, а также наличие или отсутствие подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную горизонтальную строку.

3. Графы 11-18 "Тесты идентификации" служат для характеристики биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность, антигенная структура, токсигенность и др.).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими знаками: КГ – при образовании кислоты и газа; К – при образовании кислоты без газообразования; -- расщепление отсутствует. 5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также образование индола и сероводорода и т.д. целесообразно отмечать знаками: (+) – реакция положительная; (-) – реакция отрицательная.

6. В графе 20 "Результат исследования" указать вид выделенных микроорганизмов и массивность обсеменения.

Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить):

1.	_____
—	— — — — —
2.	_____
—	—
3.	_____
—	—
4.	_____
—	—
5.	_____
—	—
6.	_____
—	—
7.	_____
—	—
8.	_____
—	—
9.	_____

10. _____

Медицинская документация форма № 253-2/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха

Начат 20 ____ года " ____ " _____ окончен 20 ____ года " ____ " _____

Дата, время отбора проб	Регистрационный номер	Организация, место и метод отбора	Номера проб	Наименование питательных сред	Экспозиция, скорость	Объем пропущенного воздуха	Общее число колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

Исследование на:				Результаты исследования		Другие микроорганизмы	Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись лица, проводившего исследование.
Стафилококки		Другие микроорганизмы	Количество микроорганизмов в 1м3				
			Общее	Золотистый стафилококк			
9	10	11	12	13	14	15	16

1. Ведется в отделении контроля качества или лицами, на которых возложен контроль качества п р о д у к ц и и
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Медицинская документация форма № 256/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал приготовления и контроля питательных сред

Начат 20 ____ года " ____ " _____ окончен 20 ____ года " ____ " _____

№ п/п	Дата приготовления среды	Дата контроля	Наименование среды	Количество приготовленной среды в литрах	Серия и дата изготовления препарата, из которого приготовлена среда	Тесты, применяемые для контроля сред					Заключение о пригодности	Дата и подпись врача
						7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

1. При заполнении графы 6 указываются данные о сухих питательных средах, пептоне и т.д.
2. В графах 7-11 могут вноситься данные о количестве засеваемых микробных клеток.
3. Для полного учета в журналах ежедневно ведутся записи о количестве приготовленных питательных сред независимо от проведения контроля.

--

Дата	№ п/п	Регистрационный номер (или серия препарата)	Наименование	взятия материала	и дата посева	В аэробных условиях				В анаэробных условиях					Грибы и плесени	Результат исследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Медицинская документация форма № 259/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Журнал регистрации серологических исследований

Начат 20 ____ года " ____ " _____ окончен 20 ____ года " ____ " _____

— — — — —
вписать название исследований

Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией

(перечислить))

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Дата	Регистрационный номер	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) медицинская карта №	Индивидуальный идентификационный номер	Организация, отделение, палата
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Результаты исследований											Д а т а
кардиолипиновый антиген для МРП	кардиолипиновый алнтиген для РСК	Трепонемный антиген	Количественный титр	1 : 50	1 : 100	1 : 200	1 : 400	1 : 800	1 : 1600	1 : 3200	окончания исследовани Идентифика л и ц а , проводивше исследовани
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

--

Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта
за 20____ год _____
Врач лаборант (медлаборант)

[illegible]

продолжение таблицы

Количество выполненных анализов по дням месяца														Итого за месяц
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Листок ежедневного учета работы заполняется врачом-лаборантом (мед. лаборантом) и сдается заведующему лабораторией для внесения данных о количестве выполненных исследований в журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории (форма № 262/у)

Разворот ф.№ 261/у

Врач-лаборант (мед. лаборант)

[illegible]

продолжение таблицы

[illegible]

Рабочий журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории

Начат 20 года " " окончен 20 года " "

[illegible]

Разворот ф. № 262/у

[illegible]

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

1. Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории ведется заведующим лабораторией.

2. Строки графы "Название анализа" заполняются согласно "Номенклатуре основных видов лабораторных анализов" по разделам I – общеклинические анализы, II – гематологические, III – цитологические, IV – биохимические, V – микробиологические, VI – иммунологические анализы.

3. В графу "Лечебные подразделения" (подграфы 3 – 22) вносятся названия обслуживаемых лабораторией стационаров (лечебных отделений), амбулаторно-поликлинических организаций.

4. Особо выделяется количество анализов, выполненных по помощи на дому.

Медицинская документация форма № 263/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Акт входного контроля

— — — — —
(наименование лаборатории, проводившей исследования)
№ _____

— — — — —

— — — — —
Дата поступления материала в лабораторию) _____

— — — — —
1. Наименование образца продукции) _____

— — — — —

— — — — —
2. Производитель, страна происхождения, завод изготовитель) _____

— — — — —

— — — — —
3. Номер серии _____

— — — — —
4. Визуальное состояние _____

— — — — —

— — — — —
5. Результаты исследования

№	Дата постановки опыта	Наименование исследования	Результат

1			
2			
3			

Акт входного контроля сдал дата
 Ф а м и л и я и п о д п и с ь
 П о л у ч и л (д а т а)

Фамилия и подпись

Медицинская документация форма № 283/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Акт приема–передачи образцов для исследования

Дата 20 ____ года " ____ " _____

Мы, нижеподписавшиеся, Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
 (далее – Ф.И.О. (при его наличии))), должность

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

наименование лаборатории _____

— — — — —

составили настоящий акт в том, что специалистами входного контроля передано
 В

— — — — —

№	Наименование образца	Единица измерения	Количество
1	2	3	4

— — — — —

Подпись Ф.И.О. (при его наличии) (при его наличии)

— — — — —

Подпись Ф.И.О. (при его наличии) (при его наличии)

Медицинская документация форма № ТБ 04/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

[illegible]

Результаты анализов (отр/1-9 КУБ/+/++/+++)			GX				Подпись лаборанта	Примечания
1	2	3	MTB	RIF	Teric	Ошибка (код)		
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Медицинская документация форма ТБ 17/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

[illegible]

Цель исследования		Месяц лечения	Материал	Дата взятия материала	Дата получения материала
Диагностика	химиотерапия				

Результаты микроскопии		БАКТЕК посев				Дата посева	Дата результата Л-Й		Результат Л-Й	
I порция	II порция	Дата посева	Дата результата	Результат	Кровяной агар		Л-Й1	Л-Й2	Л-Й1	Л-Й2
			*							
			**							

Результаты идентификации	Тест лекарственной чувствительности							
	1 ряд							

Km	Am	Cm	Lfx	Ofx	PtoEto	PAS	Cs	Mfx	другие	Фамилия, имя, ответственного лаборанта

Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года № КР ДСМ-147
Приложение 6 к приказу
исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Медицинская учетная документация организации службы крови

Медицинская документация форма № 402/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции

1. Номер справки
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
3. Дата осуществления донорской функции:
 - 3.1. при донации, указывается выполнение на безвозмездной или платной основе;
 - 3.2. при прохождении обследования, указываются часы пребывания в организации службы крови

5. Идентификатор лица, выдавшего справку

6. Печать организации, выдавшей справку

Медицинская документация форма № 405/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований

1. Дата донации
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
4. **Результаты биохимического исследования аланинаминотрансфераза (АЛТ)
5. **Результаты иммуногематологического исследования (группа крови по АВО, резус принадлежность, фенотип по антигенам системы Резус (при наличии), антиген Келл, нерегулярные антиэритроцитарные антитела)
6. Идентификатор лица, заполнившего ведомость
7. Дата исследования
8. Идентификатор врача, выполнившего исследование

Ведомость подтверждения результатов первичного исследования
о б р а з ц о в с ы в о р о т о к

на трансфузионные инфекции

1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Дата, месяц, год рождения
5. Отделение, откуда доставлен образец
6. Дата донации
7. Дата получения окончательного результата
8. Интерпретация результатов Иммуноферментный (ИФА) и Иммунохемилюминесцентный (ИХЛА) анализов, исследований (вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вирус гепатита В (ВГВ), вирус гепатита С (ВГС), сифилис)
9. Алгоритм действий
10. Идентификатор ответственного лица
11. Дата и время получения ведомости
12. Идентификатор заведующего отделением
1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Отделение, откуда доставлен образец
5. Код контингента
6. **Результаты исследования полимеразной цепной реакции (ПЦР) пула (дата, результат (ВИЧ, ВГС, ВГВ) цикл ВКО (внутренний контрольный образец)
7. **Результаты исследования ПЦР образца (дата, результат (ВИЧ, РНК ВГС, РНК ВГВ) цикл ВКО (внутренний контрольный образец)

Медицинская карта донора крови и ее компонентов

1. Паспортная часть:
 - 1.1. паспортные данные донора (индивидуальный идентификационный номер , фамилия, имя, отчество (при его наличии); дата рождения; номер документа, удостоверяющего личность, дата его выдачи, кем выдан)
 - 1.2. профессия
 - 1.3. контактные данные (адреса прописки и проживания; телефоны (рабочий, домашний, сотовый и дополнительный (при наличии)))

- 1.4. идентификатор сотрудника, внесшего данные
2. Особые отметки:
 - 2.1. результаты фенотипирования/генотипирования (ABO, Rh-Hr,HLA)), титр антиэритроцитарных антител, а также дата установления результата и идентификатор сотрудника, выполнившего исследование)**
 - 2.2. дата зачисления в доноры/дата снятия с учета
 - 2.3. идентификатор сотрудника, выполнившего запись
3. *Отчет о выполненных донациях:
 - 3.1. дата донации
 - 3.2. категория донора (первичный, повторный)
 - 3.3. место донации (стационарная, выездная)
 - 3.4. мотивация донации (платная/безвозмездная/ безвозмездная целевая)
 - 3.5. всего выполнено донаций крови (доз/мл), плазмы (доз/мл.), лейкоцитов (доз/ количество клеток), тромбоцитов(доз/ количество клеток), костного мозга (мл.)
4. Первичные данные на момент зачисления в доноры:
 - 4.1. краткий анамнез жизни, наследственность, перенесенные заболевания (в том числе операции и их давность, предшествовавшие трансфузии крови и ее компонентов), прививки/ вакцинации и их давность
 - 4.2. идентификатор сотрудника, внесшего данные
5. *Результаты текущего объективного обследования донора перед донацией, оценки анкеты донора и заключение о допуске к донации:
 - 5.1. дата обследования
 - 5.2.**объективные данные опроса и осмотра (наличие жалоб, состояние и окраска склер, кожных покровов, слизистых полости рта, показатели артериального давления (мм рт. ст.), частоты пульса (ударов в минуту), характер пульса, кратко состояние опорно-двигательного аппарата, органов брюшной полости, периферических лимфатических узлов, результаты аускультации сердца и легких)
 - 5.3. результат оценки анкеты донора
 - 5.4. решение о допуске к донации
 - 5.5. направление на донацию крови и ее компонентов
 - 5.5.1. **вид донации (кроводача/ плазма (цита) фerez/ миелоэксфузия)
 - 5.5.2. запланированное количество эксфузии крови и (или) ее компонентов
 - 5.6. идентификатор врача, выполнившего допуск к донации
6. *Отчет о донации крови и ее компонентов:
 - 6.1. фактически заготовлено крови, плазмы, клеток крови, костного мозга**
 - 6.2. отметка о состоянии донора после донации

6.3. идентификатор специалиста, выполнившего забор крови и ее компонентов

7. *Архив результатов лабораторных исследований крови донора перед донацией*

7.1. ** общий анализ

7.2. ** биохимические исследования

7.4. ** иммуногематологические исследования

7.5. идентификатор специалиста, выполнившего лабораторное исследование

8. *Архив результатов лабораторных исследований образцов крови после донации:

8.1. **скрининг маркеров инфекций (серологического исследования, ПЦР исследования)

8.2. **иммуногематологическое исследование

8.3. идентификатор специалиста, выполнившего лабораторное исследование

Медицинская документация форма № 410/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов

1. Всего обращений за отчетный период

2. Отведено на этапе до донации:

2.1. по данным единого донорского информационного центра (наличие абсолютных противопоказаний к донорству крови и ее компонентов, не соблюдение минимального интервала между донациями);

2.2. врачом при медицинском освидетельствовании (наличия соматического заболевания; установление дополнительных сведений о возможных рисках заражения трансмиссивными заболеваниями; несоответствие результатов первичного лабораторного обследования);

2.3. самоотвод;

2.4. другие причины.

3. Всего выполнено донаций, в зависимости от категорий доноров (первичный, повторный), от мотивации (безвозмездная, из них целевая и платная) , от вида (крови, плазмы, клеток крови).

4. Дата, время распечатки общего отчета

5. Идентификатор специалиста, распечатавшего общий отчет

Медицинская документация форма № 410-4/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований

1. Дата приема образца крови

2. Наименование медицинской организации откуда поступил образец
3. Цель исследования образца крови
4. Фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, от которого забран образец крови
5. Дата, месяц, год рождения
6. Диагноз (кратко)
7. **Наименование лабораторного исследования
8. Причина лабораторного брака
9. Результаты лабораторного исследования
10. Идентификатор ответственного лица, выполнившего исследование
11. Дата выдачи результата анализа
12. Идентификатор ответственного лица, выдавшего результаты анализов

Медицинская документация форма № 411/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза

1. Дата заготовки
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность
5. Наименование и объем консерванта (мл)
6. ** Учет заготовки доз цельной крови / компонентов крови осуществляется в мл. и дозах, отдельно по каждому наименованию продуктов (эритроцитсодержащих, плазменных, других клеток крови) в соответствии с номенклатурой заготавливаемой продукции, с указанием объемов без консерванта (мл), с консервантом (мл.), на лабораторное исследование (мл.)
7. Отметка об отборе из дозы крови/компонента пробы на бактериологическое исследование (мл.) (при наличии)
8. Отметка о наличии производственного брака (дефект гемоконтейнера, не достигнутый заданный объем крови/компонента, неудачная венепункция, другое) (при наличии)
9. Наименование отделения, куда передается заготовленная доза
10. Регистрация симптомов неблагоприятной реакции у донора, связанной с эксфузией (при наличии), объем медицинской помощи, оказанной донору (кратко)
11. Идентификатор специалиста, выполнившего эксфузию
12. Состав бригады, выполнявшей заготовку

Медицинская документация форма № 411-1/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения

1. Дата заготовки
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) крови / компонента
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность

5.**Учет количества компонентов крови, полученных из заготовки осуществляется в мл. и дозах, отдельно по каждому наименованию (эритроцитсодержащих, плазменных, других клеток крови) в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции

6. Наименование отделения, куда выдается доза отдельно по каждому наименованию (эритроцитсодержащих, плазменных, других клеток крови) в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции

7. Дата выдачи

8. Идентификатор специалиста, выполнившего выдачу

Медицинская документация форма № 413/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета производства компонентов донорской крови

1. Дата производства компонента
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) компонента
3. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность

4.**Учет производства компонентов крови, полученных из крови цельной, стабилизированной консервантом, осуществляется в мл. и дозах, в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, отдельно по эритроцитсодержащим, плазменным компонентам и другим клеткам крови

5. Учет производственного брака, осуществляется по отдельным видам компонентов, в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, при этом указывается объем/количество в мл. и дозах и причина брака

6. Наименование отделения, куда передается продукция

7. Идентификатор специалиста, осуществившего производство

Медицинская документация форма № 417/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета заявок на трансфузионные среды

1. Дата
2. Время поступления заявки
3. Тип заявки (экстренная, плановая) и время исполнения (при необходимости)
4. Цель заявки (адресная, пополнение резервов)
5. Наименование МО -заявителя
6. Фамилия, инициалы врача- заявителя

7. Данные о пациенте (фамилия, инициалы, возраст, диагноз (кратко) пациента) (заполняется при адресной заявке)

8. **Заявлено (наименование продукции, группа крови по системе АВО, резус принадлежность, количество (доз/мл)

9. **Отпущено (наименование продукции, группа крови по системе АВО, резус принадлежность, количество (доз/мл)

10. Время отправления заявленной продукции

11. Идентификатор(ы) специалиста(ов), выполнившего(их) прием заявки и выдачу продукции

Медицинская документация форма № 418/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства

1. Дата

2. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) компонента

3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)

4. Дата заготовки

5. Дата лабораторного тестирования

6. **Наименование компонента (эритроциты, плазма, другие клетки крови) в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции

7. Причина списания

8. Номер акта списания

9. Дата списания

10. Идентификатор специалиста, выполнившего списание

Медицинская документация форма № 419/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета карантинизации плазмы

1. Номер холодильника/полки

2. Дата закладки на карантинизацию

3. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) донора

4. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)

5. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность

6. **Учет плазмы осуществляется по наименованию, объему (л) и количеству контейнеров

7. Дата окончания карантинизации

8. Дата повторного обследования

9. Результаты повторного обследования донора и дата их выполнения (ВИЧ, HCV, HBsAg, сифилис, ПЦР)

10. Выдано (дата, количество (доз/л)

11. Наименование отделения, куда выдана продукция

12. Идентификатор специалиста, выполнившего выдачу

Медицинская документация форма № 420/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации

1. Дата/период

2.** Наименование продукции (учет осуществляется соответственно групповой принадлежности по системе АВО, отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3.**Остаток (доз/л) на истекший период (день, месяц, год)

4.**Приход (доз/л) в текущем периоде

5.**Всего на хранении (доз/л) в текущем периоде

6.**Расход (доз/л) в текущем периоде

7.**Остаток (доз/л) в текущем периоде

8. Идентификатор специалиста, выполнившего учет

Медицинская документация форма № 421/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе

1. Наименование трансфузионной среды

2. Группа крови по системе АВО, резус-принадлежность

3. Количество

4. Срок исполнения

5. Идентификаторы ответственных лиц, сделавшего заказ и принявшего заказ

Медицинская документация форма № 422/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов

1. Дата выдачи продукции

2. **Наименование продукта (учет осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, группе крови по системе АВ0 и резус принадлежности (фенотип по антигенам системы Резус указывается при наличии данных)

3. Дата заготовки (производства)

4. Срок годности

5. Количество выданной продукции (для компонентов крови в дозах/мл.)

6. Номер накладной на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов

7. Наименование медицинской организации куда выдается продукция

8. Идентификатор отпустившего продукцию

Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции

1.**Наименование продукта (учет компонентов крови осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, группе крови по системе АВ0 и резус принадлежности (фенотип по антигенам системы Резус указывается при наличии данных))

2. Единица измерения

3. Остаток на начало периода

4. Приход -всего получено, в том числе из какого источника

5. Расход – всего выдано, в том числе куда (наименование медицинской организации/отдела/другое) куда выдается продукция

6. Списано всего, в том числе по причине (указать причину)

7. Остаток на конец периода

8. Идентификатор отпущившего продукцию

Акт списания компонентов крови

1. Номер акта

2. Дата составления

3. Состав комиссии по списанию

4. Код донации

5. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)

6. Группа крови, резус принадлежность

7. Наименование компонента крови

8. Количество (мл)

9. Дата заготовки

10. Причина списания

11. Всего по наименованиям компонентов в дозах и объеме (мл.)

12. Идентификатор(ы) ответственного(ых) лица

Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований

1. Дата поступления образцов

2. Время доставки образцов в лабораторию

3. Идентификационные номера с _ по _

4. Количество образцов по кодам

5. Код контингента

6. Отделение, откуда доставлены образцы

7. Идентификатор ответственного лица

Медицинская документация форма № 425-1/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ведомость результатов первичных лабораторных исследований до
донации

1. Дата исследования

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора

3. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) донации

4. **Результат иммуногематологического исследования (группа крови по системе АВ0, резус- принадлежность, Келл – антиген)

5. **Результат общеклинического обследования (гемоглобин г/л, эритроциты $1 \times 10^{12}/л$, гематокрит %, лейкоциты $1 \times 10^9/л$, тромбоциты $1 \times 10^9/л$), лейкоформула, СОЭ мл/час)

6. **Результат биохимического исследования (АЛТ, время свертывания крови (мин))

7. Идентификатор ответственного лица

Медицинская документация форма № 425-3/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных
иммуногематологических исследований крови

1. Наименование МО/отделения, направившего образец

2. Дата и время поступления образца

3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, от которого забран
образец крови

4. Возраст

5. Диагноз (кратко)

6. Дата проведения первого исследования (если проводилось)

7. Результаты первого иммуногематологического исследования (группа крови по системе АВ0, резус принадлежность) (если проводилось)

8. Идентификатор лица, проводившего первое исследование и его контактные данные (телефон, адрес электронной почты, другое)

9. Причина лабораторного брака

10. **Наименование лабораторного исследования (исследование группы крови по системе АВ0 перекрестной реакцией, резус принадлежности, фенотипа, скрининг и (или) идентификация ауто и (или) алло нерегулярных антиэритроцитарные антител , субкласса нерегулярных антиэритроцитарных антител, антиглобулиновый тест)

11. Результаты лабораторного исследования

12. Идентификатор ответственного лица, выполнившего исследование

13. Дата выдачи результата анализа

14. Идентификатор ответственного лица, выдавшего результаты анализов

Медицинская документация форма № 425-4/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета изготовления стандартных (консервированных)

эритроцитов

1. Серия

2. Дата изготовления

3. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) компонента крови

4. Откуда получено

5. **Группа крови по системе АВ0

6. **Фенотип

7. **Агглютинабельность

8. **Титр антигенов А,В

9. Объем компонента крови в мл. (общий, использованный, остаток)

10. Консервант (серия, объем в мл.)

11. Стандартные эритроциты (объем, срок годности)

12. Идентификатор ответственного лица

Медицинская документация форма № 425-6/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови

1. Дата направления

2. Наименование организации

3. Дата рождения

4. Результат иммуногематологического исследования образца крови реципиента из направляющей организации

5. **Результат иммуногематологического исследования образца крови реципиента в специализированной лаборатории (группа крови по АВ0, фенотип, другие антигены, полные нерегулярные антиэритроцитарные антитела/ специфичность, неполные нерегулярные антиэритроцитарные антитела, специфичность, компонент комплемента С3, в том числе метод исследования, результат)

6. Информация о донорском компоненте (код донации, группа крови по системе АВ0, фенотип системы резус)

7. **Исследование индивидуальной совместимости крови реципиента и донора (по полным антиэритроцитарным антителам, по неполным антиэритроцитарным антителам, в том числе метод исследования, результат)

8. Заключение

9. Наименование трансфузионной среды)

10. Идентификатор ответственного лица

Медицинская документация форма № 425-8/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ведомость результатов биохимических исследований до донации

1. Дата исследования
2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
3. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) донации
4. ** Общий белок, белковые фракции г/л АЛТ*ед/л
5. Идентификатор ответственного лица

Медицинская документация форма № 433-1/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета повторных исследований первично-позитивных образцов
сывороток на
трансфузионные инфекции

1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Отделение, откуда доставлены образцы
5. **Первая реакция (дата постановки, название реагента, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
6. **Вторая реакция (дата постановки, название реагента, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
7. **Третья реакция (дата постановки, название реагента, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
8. Окончательный результат
9. Идентификаторы ответственных лиц, выполнивших первую, вторую и третью реакцию, а также принявших окончательный результат

Медицинская документация форма № 433-3/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на
гемотрансмиссивные инфекции

1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Отделение, откуда доставлен образец
5. Код контингента
6. **Результаты исследования ПЦР пула (дата, результат (РНК ВИЧ, РНК ВГС, РНК ВГВ)цикл ВКО (внутренний контрольный образец)

7. **Результаты исследования ПЦР образца (дата, результат (РНК ВИЧ, РНК ВГС, РНК ВГВ)цикл ВКО (внутренний контрольный образец)

8. Идентификаторы ответственных лиц, выполнивших исследования

Медицинская документация форма № 433-6/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора

1. Код донации
2. ИИН
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
4. Число, месяц, год рождения
5. Тип/качество первичной пробы
6. Дата/время забора пробы
7. Дата/время поступления проб в лабораторию

8. **Результаты лабораторных исследований предоставляются с указанием референсных показателей, установленных для каждого лабораторного показателя , даты и времени получения результата, а также идентификатора сотрудника, выполнившего лабораторное исследование.

9. Дата, время распечатки общего отчета

10. Идентификатор специалиста, распечатавшего общий отчет

Медицинская документация форма № 433-7/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ

1. Идентификационный номер образца крови
2. Идентификационный номер донации
3. Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)
4. Дата рождения
5. Отделение, откуда доставлен образец
6. Код контингента
7. **1 – реакция (дата постановки, название тест-системы, номер серии (ЛОТ) , показатели, результат)
8. **2 – реакция (дата постановки, название тест-системы, номер серии (ЛОТ) , показатели, результат)
9. **3– реакция (дата постановки, название тест-системы, номер серии (ЛОТ), показатели, результат)
10. Окончательный результат перестановок
11. Дата отправки пробы в центр СПИД
12. Номер направления в центре СПИД

13. Результат Центра СПИД (дата, лабораторный номер (ИФА, ИБ)) результат)

14. Окончательный результат исследования

15. Идентификаторы ответственных лиц, выполнивших исследования

Медицинская документация форма № 436/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета результатов контроля качества компонентов крови

1. Наименование компонента крови
2. Идентификационный номер компонента
3. Дата заготовки
4. Дата проведения контроля
5. **Результаты контроля (объем (мл), макрооценка, гемоглобин/г/доза гематокрит, гемолиз в конце хранения %, эритроциты 1×10^{12} /л, лейкоциты 1×10^9 /л, тромбоциты 1×10^9 /л, гранулоциты, количество белка в надосадочной жидкости г/доза, рН, осмолярность, заключение)

6. Идентификатор ответственного лица

Медицинская документация форма № 436-1/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета результатов бактериологических исследований
э ф ф е к т и в н о с т и

обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров

1. Дата
2. Регистрационный номер
3. Отделение
4. Место взятия смыва (руки, локтевой сгиб)
5. Средство, использованное для обработки рук и локтевых сгибов
6. Фамилия, имя, отчество сотрудника, проводившего обработку
7. **Метод исследования
8. Дата посева, питательная среда
9. Результат исследования
10. Дата окончания исследования
11. Идентификатор ответственного лица проводившего исследование

Медицинская документация форма № 436-2/у утверждена исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата

1. Наименование компонента крови
2. Идентификационный номер компонента
3. Группа крови по системе АВО
4. Дата заготовки
5. Дата производства

6. Объем (мл)
7. Дата проведения контроля
8. **Результаты исследования до заморозки, в конце первого месяца хранения (показатели - факторVIII, %, фибриноген г/л, фактор VIII %)
9. Заключение
10. Идентификатор ответственного лица проводившего исследование

Медицинская документация форма № 447/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства

1. Код донации
2. Код продукции
3. ** Наименование продукта (учет осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)
4. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
5. Группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность
6. Фенотип по системе Резус (при наличии)
6. Дата заготовки
7. Количество (доз/мл.)
8. Макрооценка продукции при выдаче
9. Идентификатор отпустившего продукцию
10. Макрооценка продукции при приеме
11. Идентификатор принимающего продукцию

Медицинская документация форма № 448/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов

1. Номер накладной
2. Дата выдачи
3. Время выдачи
4. Наименование организации получателя
5. Наименование организации отправителя
6. **Наименование продукта (учет осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, для тромбоцитов дополнительно указывается количество клеток, группа крови по системе АВ0 и резус принадлежность, фенотип по системе Резус (при наличии), дата заготовки, срок годности)
7. Количество выданной продукции (доз/мл.)
8. Макрооценка продукции при выдаче
9. Идентификатор отпустившего продукцию

Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции

1. Дата списания
2. Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) компонента крови
3. **Наименование (учет компонентов крови осуществляется отдельно по каждому наименованию в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции, группе крови по системе АВ0 и резус принадлежности)
4. Объем в дозах/л.
5. Дата заготовки
6. Срок годности
7. Причина списания
8. Номер акта списания
9. Наименование отделения/организации куда направляется списанный компонент крови
10. Идентификатор ответственного лица

Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций

1. Дата, время доставки образца крови в лабораторию
2. Идентификационный номер пробирки
3. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) донора
4. Пол донора
5. Дата, месяц, год рождения донора
6. Идентификационный код донации
7. Код контингента
8. Дата и время забора пробы
9. Наименование отделения где забран образец
10. **Результаты лабораторного исследования (ИХЛА HIV 1.2, ИХЛА HBsAg, ИХЛА а-HCV, ИХЛА сифилис, ПЦР (HIV1.2, HBV, HCV))
11. Дата заполнения списка
12. Идентификатор лица, заполнившего ведомость
13. Дата исследования
14. Идентификатор врача, выполнившего исследование

Приложение 7
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-147
Приложение 7 к приказу
и.о. Министра здравоохранения

Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения

1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1.	Медицинская карта стационарного пациента	003/у	В электронном формате	25 лет
2.	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	004/у	В электронном / бумажном формате	5 лет
3.	Форма учета движения крови, ее компонентов, препаратов, и диагностических стандартов	005-2/у	В электронном формате	5 лет
4.	Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	В электронном формате	5 лет
5.	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	В электронном формате	1 год
6.	Форма учета переливания крови, ее компонентов, препаратов	009/у	В электронном формате	5 лет
7.	Форма учета реципиентов крови и ее компонентов	009-1/у	В электронном формате	5 лет
8.	Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	015/у	В электронном формате	5 лет
9.	Акт констатации биологической смерти/ изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации/констатации смерти на основании смерти мозга	017/у	В электронном формате	25 лет
10.	Журнал учета консервированного костного мозга	024/у	В электронном формате	25 лет
11.	Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	034/у	В электронном формате	25 лет
12.	Статистическая карта выбывшего из стационара	066/у	В электронном формате	1 год
13.	Форма учета отделения (палаты) новорожденных	102/у	В электронном формате	5 лет
14.	Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 01/у	В электронном формате	5 лет
15.	Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 01/у – категория IV	В электронном формате	5 лет
16.	Форма учета регистрации больных туберкулезом	ТБ 03/у	В электронном формате	5 лет
17.	Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 11/у	В электронном формате	5 лет

18	Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов	ТБ 12/у	В электронном формате	5 лет
----	--	---------	-----------------------	-------

2. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	В и д документа	Срок хранения
1	Форма учета операций/манипуляций	020/у	В электронном формате	25 лет
2	Форма учета родов	021/у	В электронном формате	25 лет
3	Форма учета медицинского освидетельствования, справок	022-2/у	В электронном формате	5 лет
4	Карта диализа	028/у	В электронном формате	25 лет
5	Журнал учета разведенных цитостатиков	029-1/у	В электронном / бумажном формате	1 год
6	Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	035/у	В электронном / бумажном формате	3 года
7	Заключение врачебно - консультационной комиссии	035-1/у	В электронном / бумажном формате	3 года
8	Справка	035-2/у	В электронном / бумажном формате	3 года
9	Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта, (в том числе из государства-члена ЕАЭС)	035-3/у	В бумажном формате	3 года
10	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	В электронном формате	3 года
11	Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	038/у	В электронном формате	1 год
12	Заключение на медико-социальную экспертизу	088/у	В электронном формате	1 год

13	Журнал регистрации и реабилитации инвалидов	088-1/ у	В электронном формате	3 года
14	Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	088-2/ у	В электронном формате	3 года
15	Извещение	090/у	В электронном формате	3 года
16	Форма учета медицинских услуг	093-1/ у	В электронном формате	1 год
17	Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	094/у	В электронном формате	3 года
18	Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	095/у	В электронном формате	3 года
19	Контрольный талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности	095-2/ у	В электронном формате	3 года
20	Заключение судебно-психиатрической экспертизы	100/у	В электронном / бумажном формате	25 лет
21	Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	101/у	В электронном / бумажном формате	д о минования надобности
22	Медицинское свидетельство о рождении	103-12 /у	В электронном / бумажном формате	5 лет
23	Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/у	В электронном / бумажном формате	д о минования надобности
24	Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/у	В электронном / бумажном формате	3 года
25	Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	106/у	В бумажном формате	д о минования надобности
26	Медицинское свидетельство о смерти	106-12 /у	В электронном формате	15 лет
			В электронном	

27	Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2-12/y	/ бумажном формате	15 лет
28	Реабилитационная карта	107/y	В электронном формате	5 лет
29	Обменная карта беременной и родильницы	113/y	В бумажном формате	3 года
30	Журнал регистрации аварийных ситуаций	135/y	В бумажном формате	5 лет
31	Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	2009/y	В электронном / бумажном формате	1 год
32	Карта учета материнской смертности	2009-1/y	В электронном / бумажном формате	1 год

3. Медицинская учетная документация, используемая в амбулаторно-поликлинических организациях

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	В и д документа	Срок хранения
1	Медицинская карта амбулаторного пациента	025/y	В электронном формате	1 год
2	Талон на прием к врачу	025-4/y	В электронном формате	д о минования надобности
3	Статистическая карта амбулаторного пациента	025-5/y	В электронном формате	1 год
4	Карта профилактического осмотра (скрининга)	025-7/y	В электронном формате	5 лет
5	Форма учета записи вызовов врачей на дом	031/y	В электронном формате	1 год
6	Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	040/y	В электронном формате	1 год
7	Медицинская карта стоматологического больного (включая санацию)	043/y	В электронном формате	5 лет
8	Карта обратившегося за антирабической помощью	045/y	В бумажном формате	3 года
9	Лечебная карта допризывника	053/y	В бумажном формате	5 лет

10	Именной список допризывников для систематического лечения	054/у	В бумажном формате	5 лет
11	Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг	055/у	В электронном/бумажном формате	3 года
12	Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	055-1/у	В электронном/бумажном формате	3 года
13	Талон прикрепления к медицинской организации	057/у	В электронном формате	1 год
14	Карта профилактических прививок	063/у	В электронном/бумажном формате	5 лет
15	Журнал учета профилактических прививок	064/у	В электронном/бумажном формате	3 года
16	Журнал движения вакцин	064-2/у	В электронном/бумажном формате	3 года
17	Справка для получения путевки	070/у	В бумажном формате	3 года
18	Санаторно-курортная карта	072/у	В электронном/бумажном формате	3 года
19	Путевка в детский санаторий	077/у	В электронном/бумажном формате	3 года
20	Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/у	В бумажном формате	д о минования надобности
21	Медицинская справка (для выезжающего за границу)	082/у	В бумажном формате	д о минования надобности
22	Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	083/у	В электронном формате	д о минования надобности
23	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	В бумажном формате	д о минования надобности
24	Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/у	В электронном формате	д о минования надобности

25	Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	108-1/ у	В электронном/ бумажном формате	3 года
26	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	В электронном формате	5 лет
27	Рецепт	130/у	В электронном формате	1 год
28	Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	138/у	В электронном/ бумажном формате	д о минования надобности
29	Форма учета амбулаторных посещений	278/у	В электронном формате	1 год
30	Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 15/ у	В электронном формате	5 лет
31	Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 16/ у	В электронном формате	5 лет
32	Справка об отсутствии у кандидата в Президенты Республики Казахстан заболеваний, препятствующих регистрации кандидатом в Президенты Республики Казахстан	707/у	В электронном/ бумажном формате	д о минования надобности

4. Медицинская учетная документация других типов медицинских организаций

№ п/ п	Наименование формы	Номер формы	В и д документа	С р о к хранения
1	Журнал учета ВИЧ -инфицированных	060-2/ у	В электронном / бумажном формате	д о минования надобности
2	Карта вызова бригады скорой медицинской помощи	110/у	В электронном / бумажном формате	2 года
3	Сигнальный лист участковому врачу	110-1/ у	В электронном / бумажном формате	2 года
4	Карта вызова мобильной бригады санитарной авиации	110-2/ у	В электронном / бумажном формате	2 года

5	Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни). Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №_	114/у	В электронном / бумажном формате	1 год
6	Журнал регистрации приема вызовов по предоставлению медицинской помощи в форме санитарной авиации	117/у	В электронном / бумажном формате	3 года
7	Задание на санитарный полет	118/у	В электронном / бумажном формате	1 год
8	Оперативная заявка №_	118-1/у	В электронном / бумажном формате	1 год
9	Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/у	В электронном / бумажном формате	
10	Форма учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей, ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	270-3/у	В электронном / бумажном формате	5 лет
11	Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории	271/у	В электронном / бумажном формате	3 года
12	Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	275/у	В электронном / бумажном формате	25 лет
13	Бракеражный журнал	280/у	В бумажном формате	3 года

5. Медицинская учетная документация лабораторий в составе медицинских организаций

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	Вид документа	Срок хранения
1	Направление	201/у	В электронном формате	1 год
2	Результат	202/у	В электронном формате	1 год
3	Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам	240/у	В электронном формате	1 год
4	Журнал контроля посуды и питательных сред	240-4/у	В электронном/бумажном формате	1 год

5	Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	240-5/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
6	Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	240-6/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
7	Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	240-8/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
8	Форма учета лабораторных и диагностических исследований	240-10/ у	В электронном формате	1 год
9	Журнал регистрации микробиологических исследований смывов	240-12/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
10	Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии	240-14/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
11	Журнал движения первичной пробы	250-1/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
12	Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер	250-2/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
13	Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин	250-3/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
14	Рабочий журнал микробиологических исследований	253/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
15	Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	253-2/ у	В электронном/ бумажном формате	1 год
16	Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
17	Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав)	257/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
18	Рабочий журнал исследований на стерильность	258/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
19	Журнал регистрации серологических исследований	259/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
20	Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/у	В электронном/ бумажном формате	1 год

21	Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
22	Акт входного контроля	263/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
23	Акт приема - передачи образцов для исследования	283/у	В электронном/ бумажном формате	1 год
24	Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП	ТБ 04/ у	В электронном формате	3 года
25	Лабораторный регистрационный журнал (для лабораторий противотуберкулезных организаций)	ТБ 17/ у	В электронном формате	3 года
26	Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ	ТБ 18/ у	В электронном формате	3 года

6. Медицинская учетная документация организации службы крови

№ п/п	Наименование формы	Номер формы	В и д документа	Срок хранения
1	Справка донору для предъявления по месту работы об осуществлении донорской функции	402/у	В электронном формате	д о минования надобности
2	Ведомость биохимических и иммуногематологических исследований	405/у	В электронном формате	д о минования надобности
3	Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции	405-2/ у	В бумажном формате	5 лет
4	Форма медицинской карты донора крови и ее компонентов	406/ у	В электронном формате	д о минования надобности
5	Форма учета лиц, обратившихся для участия в донорстве крови и ее компонентов	410/ у	В электронном формате	д о минования надобности
6	Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов HLA-исследований	410-4/ у	В электронном формате	д о минования надобности
7	Форма учета заготовки цельной крови и компонентов донорской крови методом афереза	411/у	В электронном формате	д о минования надобности
8	Форма учета движения компонентов крови на этапе временного хранения	411-1/ у	В электронном формате	д о минования надобности
9	Форма учета производства компонентов донорской крови	413/у	В электронном формате	д о минования надобности
10	Форма учета заявок на трансфузионные среды	417/у	В электронном формате	д о минования надобности

11	Форма учета списания крови и ее компонентов по непригодности на этапе производства	418/у	В электронном формате	д о минования надобности
12	Форма учета карантинизации плазмы	419/у	В электронном формате	д о минования надобности
13	Ведомость движения плазмы, находящейся на карантинизации	420/ у	В электронном формате	д о минования надобности
14	Заявка на трансфузионные среды на платной и бесплатной основе	421/у	В бумажном формате	1 год
15	Форма учета выдачи компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов	422/у	В электронном формате	д о минования надобности
16	Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	423/у	В электронном формате	д о минования надобности
17	Акт списания компонентов крови	424/у	В электронном формате	д о минования надобности
18	Форма регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	425/у	В электронном формате	д о минования надобности
19	Ведомость результатов первичных лабораторных исследований до донации	425-1/ у	В электронном формате	д о минования надобности
20	Форма учета приема, регистрации и выдачи результатов консультативных иммуногематологических исследований крови	425-3/ у	В бумажном формате	5 лет
21	Форма учета изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов	425-4/ у	В бумажном формате	5 лет
22	Форма регистрации индивидуальных подборов донорской крови	425-6/ у	В бумажном формате	5 лет
23	Ведомость результатов биохимических исследований до донации	425-8/ у	В электронном формате	д о минования надобности
24	Форма учета повторных исследований первично-положительных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	433-1/ у	В бумажном формате	5 лет
25	Форма учета доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	433-3/ у	В бумажном формате	5 лет
26	Форма отчета о результатах лабораторного тестирования крови донора	433-6/ у	В электронном формате	д о минования надобности
27	Форма учета мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	433-7/ у	В бумажном формате	5 лет
28	Форма учета результатов контроля качества компонентов крови	436/у	В бумажном формате	5 лет

29	Форма учета результатов бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	436-1/ у	В бумажном формате	5 лет
30	Форма учета результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	436-2/ у	В бумажном формате	5 лет
31	Накладная на перемещение гемопродукции на этапах производства	447/у	В электронном формате	5 лет
32	Накладная на реализацию компонентов, препаратов крови и стандартных диагностикумов	448/у	В электронном формате	д о минования надобности
33	Форма списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	449/у	В электронном формате	д о минования надобности
34	Ведомость исследования на маркеры гемотрансмиссивных инфекций	450/у	В электронном формате	д о минования надобности