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

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 4 ноября 2020 года № 21579.

      Сноска. Заголовок – в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 01.07.2022 [№ ҚР ДСМ-62](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200028685#z6) (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      В соответствии с [подпунктами 31)](https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360#z394) и [33)](https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360#z396) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", а также [Законом](https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z980000247_#z38) Республики Казахстан "О присоединении Республики Казахстан к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

      Сноска. Преамбула - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 23.11.2022 [№ ҚР ДСМ-136](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200030685#z6) (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

      1. Утвердить:

      1) формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах, согласно [приложению 1](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z22) к настоящему приказу;

      2) формы медицинской учетной документации, используемые в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно [приложению 2](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z2348) к настоящему приказу;

      3) формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно-поликлинических организациях, согласно [приложению 3](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z3889) к настоящему приказу;

      4) формы медицинской учетной документации других типов медицинских организаций согласно [приложению 4](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z5789) к настоящему приказу;

      5) формы медицинской учетной документации лабораторий в составе медицинских организаций согласно [приложению 5](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z6547) к настоящему приказу;

      6) формы медицинской учетной документации организаций службы крови согласно [приложению 6](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z6798) к настоящему приказу;

      7) перечень форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения согласно [приложению 7](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z7199) к настоящему приказу;

      8) форму карты учета дефектов оказания медицинских услуг согласно [приложению 8](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z7207) к настоящему приказу.

      2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан и структурный элемент приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно [приложению 9](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021579#z7380) к настоящему приказу.

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

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

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

      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.

      4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Гиният А.Г.

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

|  |  |
| --- | --- |
| *Исполняющий обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан* | *А. Ғиният* |

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

      Сноска. Формы медицинской учетной документации - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 23.11.2022 [№ ҚР ДСМ-136](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200030685#z9) (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма № 019/у "Форма учета операций/манипуляций"

      1. Дата и время

      2. Индивидуальный идентификационный номер

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1301.jpg

      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

Форма № 020/у "Форма учета родов"

      1. Дата и время обращения

      2. Индивидуальный идентификационный номер

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1302.jpg

      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

Форма № 021/у "Форма учета медицинского освидетельствования, справок"

      1. Дата и время проведения освидетельствования или выдачи справки

      2. Индивидуальный идентификационный номер

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1303.jpg

      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)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1304.jpg

      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

Форма № 022/у "Карта диализа" №\_\_\_\_

      Общая часть

      1. ИИН

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1305.jpg

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения

      4. Пол

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1306.jpg

      мужской

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1307.jpg

      женский

      5. Возраст

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1308.jpg

      6. Национальность

      7. Гражданство

      8. Житель

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1309.jpg

      города

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1310.jpg

      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 |
|  |  | Скачать |

      17. Дата начала лечения гемодиализом

      18. Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

      19. Дата проведения: начало, окончание

      20. Гемодиализ №

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1311.jpg

      Аппарат №

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1312.jpg

      21. Тип диализатора:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1313.jpg

      низко поточный

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1314.jpg

      высоко поточный

      размер

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1315.jpg

      м2, производитель

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1316.jpg

      22. Гемодиализ:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1317.jpg

      бикарбонатный

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1318.jpg

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1319.jpg

      23. Профиль ультрафильтрации:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1320.jpg

      ИУФ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1321.jpg

      УФ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1322.jpg

      Na

      24. Сосудистый доступ:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1323.jpg

      A-V фистула

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1324.jpg

      протез

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1325.jpg

      катетер

      25. Антикоагулянт:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1326.jpg

      гепарин

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1327.jpg

      клексан

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1328.jpg

      фраксипарин

      26. Доза

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1329.jpg

      ед.

      27. Способ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1330.jpg

      общая

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1331.jpg

      дозированная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1332.jpg

      регинональная

      28. Скорость кровотока

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1333.jpg

      мл/мин. Скорость потока диализата

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1334.jpg

      мл/мин

      29. Назначенное время ГД

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1335.jpg

      ч. Эффективное время ГД

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1336.jpg

      ч.

      30. Сухой вес

      31. Вес до ГД

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1337.jpg

      , вес после ГД

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1338.jpg

      32. Ультрафильтрация

      33. Артериальное давление:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До ГД | 1 час | 2 часа | 3 часа | 4 часа | после ГД |
| АД |  |  |  |  |  | Скачать |

      34. Лекарственные препараты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование препарата | Ед. из. | Количество |
|  |  |  |
|  |  | Скачать |

      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

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1339.jpg

      Вес:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1340.jpg

      Рост:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1341.jpg

      Возраст:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1342.jpg

      BSA (m2):

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1343.jpg

      BW(L):

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1344.jpg

      Ночной залив: р-р

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1345.jpg

      Время задержки:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1346.jpg

      Объем залива:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1347.jpg

      Объем слива:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1348.jpg

      РЕТ: р-р

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1349.jpg

      Начало залива: окончание залива:

      Объем залива:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1350.jpg

      Объем слива:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1351.jpg

      Ультрафильтрация:

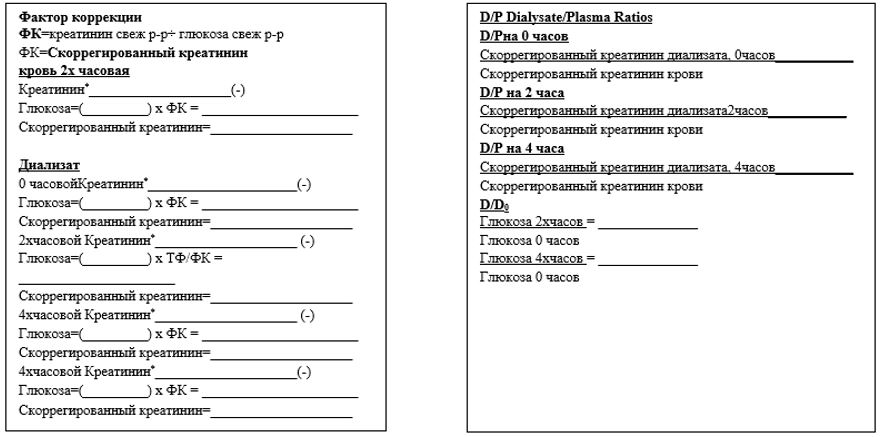
https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1352.jpg

      Длительность слива:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1353.jpg

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | Фосфор(ммоль/л) |
| ночной |  |  |  |  |
| свежий |  |  |  |  |
| 0 минут |  |  |  |  |
| 30 минут |  |  |  |  |
| 60 минут |  |  |  |  |
| 120 минут |  |  |  |  |
| 180 минут |  |  |  |  |
| 240 минут |  |  |  | Скачать |

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

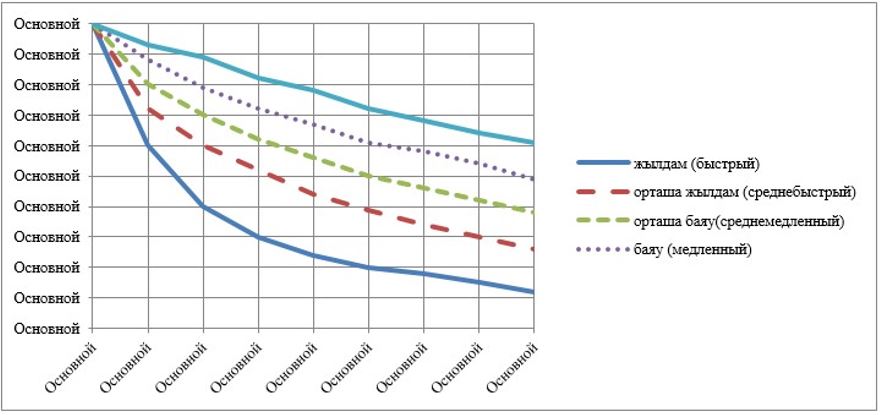


      Креатинин\* - измеренный креатинин

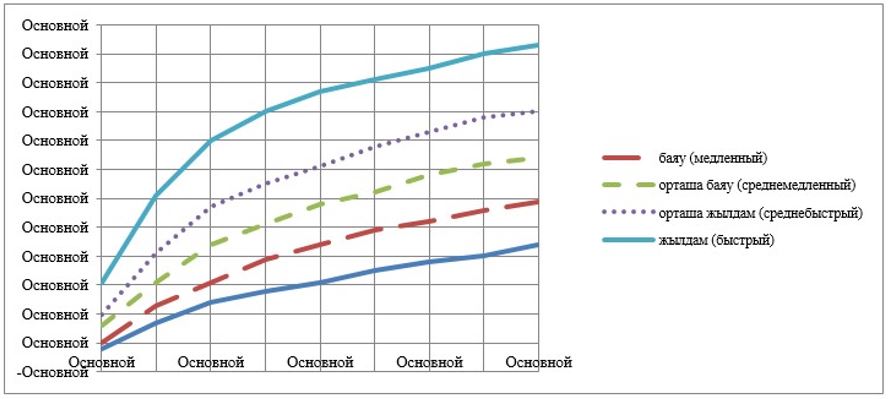
      Фактор конвертации: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л х 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

      Мочевина: мг/дл=ммоль/л х 2,82

      D/D0 Глюкоза



      D/P скоррегированный креатинин



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Транспортная категория | 4х часовой D/P креатинина | 4х 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 – 0,61Скачать |

      Заключение:

      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 |
|  |  |  | Скачать |

      24х-часовая моча и диализат

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | МочевинаМмоль/л | КреатининМкмоль/л | Vol inml | Vol outml | Net volml |
| Диализат |  |  |  |  |  |
| Моча |  |  |  |  | Скачать |

      ПД-программа:

      Результаты:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| modality | CCr Total NormL/week/1.73m2 | Total KT/V | Fluid removalL | eGFRml/min | Albuming/dl |
|  |  |  |  |  | Скачать |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nPCRg/kg/day | BSAm2 | eTBWL | Transport type | 4-hr CRT D/P | Age |
|  |  |  |  |  | Скачать |

      Urea Clearance

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1357.jpg

      L/week Creatinine Clearance (CrCl)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1358.jpg

      L/week

      Residual Urea Clearance

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1359.jpg

      L/week Residual CrCl

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1360.jpg

      L/week

      Dialysate Urea Clearance

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1361.jpg

      L/week Dialysate CrCl

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1362.jpg

      L/week

      Urea Generation Rate

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1363.jpg

      mg/min Cr Generation Rate

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1364.jpg

      mg/min

      Normalized CrCl

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1365.jpg

      L/week/1.73m2

      Дата проведения

      Заключение:

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| количество мешков Дианил за сутки | 1,36% | 5,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2,27% | 5,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3,86% | 5,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| количество мешков Физионил за сутки | 1,36% | 2,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2,27% | 2,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Экстранил | | 2,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Нутринил | | 2,0 л |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Количество циклов АПД | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общее время АПД | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общий объем залива | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Время экспозиции АПД(1 цикл) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Объем разового залива на АПД | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Объем разового дневного залива | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Объем начального дренирования | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| УФ на АПД | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общая УФ (АПД+дневной залив) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| "Сухой" вес утром после АПД (без залитого диализата) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| АД | перед подключением (вечер) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| после отключения (утро) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общий объем мочи на утро (за предыдущие сутки) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подпись |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      Список сокращений формы № 022/у "Карта диализа":

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 4-hr CRT | 4 часовой катетер-ассоциированный тромбоз (Catheter-Related Thrombosis) |
| 2 | Age | Возраст |
| 3 | Albumin | Альбумин |
| 4 | BSA | Площадь поверхности тела (body surface area) |
| 5 | BSA | Площадь поверхности тела в м2 |
| 6 | BW | Вес пациента |
| 7 | CCr | Очищение креатинина (creatinine clearance) |
| 8 | Creatinine clearance | Очищение креатинина |
| 9 | Dialysate Urea Clearance | Диализированный продукт |
| 10 | eGFR (epidermal growth factor receptor) | Рецептор эпидермального фактора роста |
| 11 | Fluid removal | Отвод жидкости |
| 12 | ID | Идентификатор (электронная цифровая попись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |
| 13 | Modality | Способ воздействия |
| 14 | Net vol | Чистый объем, милилитры |
| 15 | Normalized CrCl | Нормализованное очищение креатинина |
| 16 | nPCR, NPCR | СТСКБ - стандартизованная скорость катаболизма белков (normalized protein catabolic rate) |
| 17 | РЕТ | тест перитонеального равновесия (peritoneal equilibration test) |
| 18 | Residual Urea Clearance | Оставшееся время очищения мочевины |
| 19 | Total KT/V | Уравновешенное очищение мочевины, умноженный на время и стандартизованный по общему объему воды тела - объему распределения мочевины |
| 20 | Transport type | Тип транспортировки |
| 21 | Urea Clearance | Очищение мочевины |
| 22 | Urea Generation Rate | Скорость формирования мочевины |
| 23 | Vol in ml | Влито, милилитры |
| 24 | Vol out ml | Вылито, милилитры |
| 25 | АПД | Автоматический перитонеальный диализ |
| 26 | ГД | Гемодиализ |
| 27 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 28 | ИУФ | Изолированная ультрафильтрация |
| 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 коррекцииСкачать |

Форма № 023/у "Журнал учета разведенных цитостатиков"

      Начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_ 20 \_\_года окончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи цитостатика для разведения | Ф.И.О. (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 | Ф.И.О. (при его наличии) разводившего |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

Форма № 024/у "Журнал регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении"

      Отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Начат "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № 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 |
|  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      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.

Форма № 025/у "Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии" 20\_\_\_\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/c № п/п | Дата | Ф.И.О. (при его наличии) врача, направившего пациента | Ф.И.О. (при его наличии) пациента | ИИН | Дата рождения | Адрес пациента | Место работы (название предприятия и цеха, организации) | Профессия (выполняемая работа, должность) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Диагноз или повод, по которому пациент представлен на ВКК | № листа о временной нетрудоспособности | Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу | Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листа о временной нетрудоспособности, дата направления на МСЭ, заключение МСЭ) | Идентификатор члена комиссии | Примечания |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|  |  |  |  |  | Скачать |

Форма № 026/у "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.

Форма № 027/у "Справка"

      Дата выдачи

      Наименование МО

      1. Индивидуальный идентификационный номер

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1366.jpg

      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 наличии)

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

      Место печати

|  |  |
| --- | --- |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1367.jpg | Форма № 028/у "Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта (в том числе из государства-члена ЕАЭС) №\_\_\_\_\_\_\_" (наименование учреждения (организации), выдавшего заключение)Скачать |

      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 уникальный признак, позволяющий отличать его), дата и время

      Результаты обследования\*:

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

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1368.jpg

      выявлено

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1369.jpg

      не выявлено

      Лепра (болезнь Гансена):

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1370.jpg

      выявлено

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1371.jpg

      не выявлено

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

      Туберкулез:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1372.jpg

      выявлено

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1373.jpg

      не выявлено

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

      Острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных заболеваний и гриппа)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1374.jpg

      выявлено

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1375.jpg

      не выявлено

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

      10. Заключение нарколога Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) 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:

      \* - при пребывании с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по подпунктам 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

Форма № 029/у "Книга регистрации листов о временной нетрудоспособности"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № листа о временной нетрудоспособности, выданного данной мед. организацией | | | № листа о временной 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 | | Ф.И.О. врача | | | | Освобожден от работы | Всего календарных дней освобождения от работы | | Отметка о направлении пациента в другие лечебные организации | | |
| первичный | заключительный | выдавшего лист о временной нетрудоспособности | закончившего лист о временной нетрудоспособности | | с какого числа | по какое число |  | |  | | |
| 10 | 11 | 12 | 13 | | 14 | 15 | 16 | | 17 | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | | Скачать | | |

Форма № 030/у "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 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      Пояснение по заполнению формы № 030/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); 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.

Форма № 031/у "Заключение на медико-социальную экспертизу"

      №\_\_\_от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ год

      1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Дата рождения \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год

      6. Пол

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1376.jpg

мужской

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1377.jpg

женский

      7. Гражданство (справочник стран) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Житель

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1378.jpg

города

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1379.jpg

села

      9. Адрес регистрации по месту постоянного жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Адрес фактического проживания/пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. Место проживания/пребывания лица на момент освидетельствования (выбрать одно из полей для оказания государственной услуги с выездом или заочно):

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1380.jpg

в доме ребенка, интернате, специализированных организациях для детей

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1381.jpg

в медико-социальных учреждениях (организациях) социальной защиты

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1382.jpg

в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1383.jpg

на дому

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1384.jpg

в стационаре

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1385.jpg

заочно

      12. Прикрепление к медицинской организации по РПН:

      13. Дата прикрепления \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_год

      Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      14. Номер мобильного телефона пациента или законного представителя (зарегистрированный в БМГ) +7 (\*\*\*) (\*\*\*\*\*\*\*)

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

      ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      16. Наименование направившей медицинской организаций (из регистра МО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      17. Адрес МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      18. Группа инвалидности (при наличии ранее установленного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      19. Степень утраты общей трудоспособности (при наличии ранее установленного) \_\_\_\_\_\_\_\_%

      20. Степень утраты профессиональной трудоспособности (при наличии ранее установленного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_%

      21. Место работы (для работающих лиц) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      22. Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      23. Основная профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      24. Место учебы (для школьников, студентов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      25. Курс/класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      26. Дошкольное учреждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      27. Дата взятия под наблюдением медицинской организаций "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_год

      28. Клинико-трудовой анамнез, диагностика, лечебные мероприятия

      29. Анамнез заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение в настоящее время (в т.ч. противорецидивное), эффективность (динамика антропометрических, гематологических показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе, общая оценка результатов лечения и медицинской реабилитации):

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      30. Состоит ли пациент на диспансерном учете

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1386.jpg

нет

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1387.jpg

да (указать все диагнозы по диспансерному учету):

      Диагноз (Код МКБ)\_\_\_\_\_\_

      Дата взятия на диспансерный учет \_\_\_\_\_

      Дата снятия с диспансерного учета \_\_\_\_\_\_

      31. При наличии травмы:

      тип травмы (выбрать одно из полей):

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1388.jpg

бытовая

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1389.jpg

производственная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1390.jpg

уличная (кроме дорожно-транспортной)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1391.jpg

дорожно-транспортная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1392.jpg

школьная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1393.jpg

спортивная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1394.jpg

прочие

      дата получения травмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      32. Физиологические параметры на момент заполнения формы № 031/у:

      АД \_\_\_\_\_\_ миллиметр ртутного столба

      ЧСС \_\_\_\_\_ минут

      Пульс \_\_\_\_минут

      ЧДД \_\_\_\_ минут

      Температура тела \_\_\_\_

      Рост \_\_\_\_ сантиметр

      Вес \_\_\_\_\_ килограмм

      Объем бедра \_\_\_\_ сантиметр

      Объем талии \_\_\_\_ сантиметр

      33. Изменение условий труда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      34. Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № листа или справки о временной нетрудоспособности | с \_\_ \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года | по \_\_\_ \_\_ 20\_\_ года | Число календарных дней нетрудоспособности | Код по МКБ-10 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Всего календарных дней | Скачать |

      35. План реабилитационных мероприятий:

      - мероприятия по медицинской реабилитации

      - обеспечение протезно-ортопедическими средствами

      - обеспечение сурдотехническими средствами

      - обеспечение тифлотехническими средствами

      - обеспечение специальными средствами передвижения

      - обеспечение обязательными гигиеническими средствами

      - предоставление услуг индивидуального помощника

      - предоставление услуг специалиста жестового языка

      - санаторно-курортное лечение

      - оказание специальных социальных услуг

      - содействие в трудоустройстве

      - содействие в обучении/переобучении.

      36. Результаты консультации специалистов с указанием жалоб, данных объективного обследования с отражением степени нарушения функций организма, диагнозов и рекомендаций. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

      Наименования услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты проведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования медицинской организации (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      37. Результаты клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований. Медицинские документы (в требуемом количестве для профиля заболевания в соответствии со стандартами в области здравоохранения, клиническим протоколам диагностики, лечения и реабилитации) прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

      Наименования услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты проведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      38. Результаты о пролеченном (-ых) случае(-ях) стационарного, стационарозамещающего лечения, лечения в реабилитационных центрах в зависимости от профиля заболевания, с указанием динамических изменений в состоянии пациента; возникших осложнений в ходе лечения; резюмирования результатов лабораторных исследований, консультаций; рекомендаций с учетом реабилитационного потенциала, реабилитационного диагноза и шкалы реабилитационного маршрута. Медицинские документы прилагаются к форме 031/у в электронном виде, с указанием:

      Номера выписки из истории болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Даты выписки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Даты активного посещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Наименования МО (Исполнитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      40. Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ:

      41. Основной диагноз (код МКБ 10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Основной диагноз (текст) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Осложнение (текст) (указать имеющиеся осложнения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      43. Диагноз сопутствующего заболевания (код МКБ 10):

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Диагноз сопутствующего заболевания (текст) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      44. Цель направления на МСЭ:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1395.jpg

установление инвалидности

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1396.jpg

переосвидетельствование

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1397.jpg

досрочное переосвидетельствование

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1398.jpg

установление степени утраты общей трудоспособности:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1399.jpg

первично ☐ повторно

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1400.jpg

установление степени утраты профессиональной трудоспособности:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1401.jpg

первично ☐ повторно

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1402.jpg

причины инвалидности

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1403.jpg

формирование или коррекция ИПР

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1404.jpg

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

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

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

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

      48. Согласие на сбор, обработку и передачу персональных данных и сведений, составляющих охраняемую законом тайну пациента, необходимых для установления инвалидности и/или степени утраты трудоспособности и (или) определения необходимых мер социальной защиты (при оказании государственной услуги с выездом или заочно): ☐ да

      Дата получения ответа от пациента или законного представителя: дд.мм.гггг

      Ответ, полученный от пациента или законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Номер мобильного телефона отправителя: +7 (\*\*\*) (\*\*\*\*\*\*\*)

      Извещение об экспертном заключении МСЭ № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ к форме 031/у №\_\_\_от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

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

      2. Дата вынесения экспертного заключения \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

      3. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      6. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Дата рождения \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.

      8. Клинико-экспертный диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Основной диагноз (наименование, Код МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Сопутствующий диагноз (наименование, Код МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Экспертное заключение МСЭ:

      группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      причина инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      срок инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      срок зачтен с \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

      дата переосвидетельствования \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

      10. Степень утраты общей трудоспособности (УОТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

      срок степени УОТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. Степень утраты профессиональной трудоспособности (УПТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

      причина УПТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      срок степени УПТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      дата переосвидетельствования степени УПТ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

      12. Рекомендации в социальной и (или) профессиональной части ИПР лица с инвалидностью № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      по социальной реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      по профессиональной реабилитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      13. Обоснование возврата документов с указанием причин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      14. Номер Акта медико-социальной экспертизы №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      15. Удостоверено ЭЦП руководителя отдела МСЭ/МК МСЭ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Примечание 1. Заключение на МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП председателя ВКК.

      Примечание 2. Извещение об экспертном заключении МСЭ заполняется в электронном виде и подписывается ЭЦП руководителем отдела МСЭ.

      Список сокращений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ID | Идентификатор (ЭЦП, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |
| 2 | РПН | Регистр прикрепленного населения |
| 3 | БМГ | База мобильных граждан |
| 4 | АД | Артериальное давление |
| 5 | ЧСС | Частота сердечных сокращений |
| 6 | ЧДД | Частота дыхательных движений |
| 7 | ВКК | Врачебно-консультативная комиссия |
| 8 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 9 | ИПР | Индивидуальная программа реабилитации |
| 10 | МСЭ | Медико-социальная экспертиза |
| 11 | МО | Медицинская организация |
| 12 | Отдел МСЭ | Отдел медико-социальной экспертизы |
| 13 | Отдел МК МСЭ | Отдел методологии и контроля МСЭ |
| 14 | Ф.И.О. (при его наличии) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) |
| 15 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |
| 16 | УОТ | Утрата общей трудоспособности |
| 17 | УПТ | Утрата профессиональной трудоспособности |
| 18 | МКБ | Международная классификация болезней |
| 19 | QR код (Quick Response code) | Код быстрого откликаСкачать |

Форма № 032/у "Журнал регистрации и реабилитации лиц с инвалидностью"

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с№ №п/п | Дата | Ф.И.О. (при его наличии). | ИИН | Дата рождения, возраст | Домашний адрес и телефон | Место работы | Группа инвалидности/Ребенок с инвалидностью |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      Продолжение таблицы

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Клинический диагноз | Тип освидетельствования первичное (1) повторное (2) | Группа инвалидности /Ребенок с инвалидностью (1) Группа снята (2) Продлен больничный лист (3) | Реабилитация Круглосуточный стационар (1) Дневной стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаторно – курортное лечение (4) Стационар на дому (5) Реконструктивная хирургия (6) | Результат медицинской реабилитации Неисполнение (1) Незавершенное (частичное) (2) Полное (3) Улучшение(4) Выздоровление (5) Ухудшение (6) Без динамики (7) | Умерло лиц с инвалидностью |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  | Скачать |

Форма № 033/у "Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации лица с инвалидностью"

      №\_\_\_от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ год

      1. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ год

      6. Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      7. Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      8. Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      9. Место работы/место учебы/дошкольное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      10. Группа инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      11. ИПР разработан: впервые ☐ ; повторно ☐

      12. Реабилитационный диагноз (МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      13. Для пациентов неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями) (в баллах)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | До реабилитации (в баллах) | | После реабилитации (в баллах) | |
| Код критерия МКФ b | Код критерия МКФ d | Код критерия МКФ b | Код критерия МКФ d |
|  |  |  |  | Скачать |

      14. Для пациентов других профилей реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | Прогноз \* | Потенциал \*\* |
|  |  | Скачать |

      \*- выбор значения из: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный

      \*\*- выбор значения из: высокий, средний, низкий, отсутствует

      15. Этап медицинской реабилитации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование профиля (указать все профили реабилитации пациента) | Номер этапа реабилитации | Уровень проведения (амбулаторный, стационарный) |
|  |  | Скачать |

      16. Мероприятия по проведенной и планируемой медицинской реабилитации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип реабилитации\*\*\* | Дата проведения | Наименование проведенного мероприятия | Примечание | Планируемые мероприятия с указанием периодичности и длительности проведения |
|  |  |  |  | Скачать |

      \*\*\* - выбор значения из: физическая реабилитация, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, консультация социального работника, обучение пациента, реконструктивная хирургия, реабилитация в дневных стационарах, круглосуточных стационарах, реабилитационных центрах, стационарах на дому, санаторно-курортное лечение, дополнительные услуги

      17. Оценка результатов медицинской реабилитации (выбрать одно из полей):

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1405.jpg

полное восстановление нарушенных функций

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1406.jpg

частичное восстановление нарушенных функций

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1407.jpg

полная компенсация нарушенных функций

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1408.jpg

частичная компенсация нарушенных функций

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1409.jpg

отсутствие положительного результата

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Список сокращений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | ID | Идентификатор (электронная цифровая подпись, QR код (считываемая машиной оптическая метка), или уникальный признак, позволяющий отличать его) |
| 1 | ВКК | Врачебно-консультативная комиссия |
| 2 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 3 | ИПР | Индивидуальная программа реабилитации |
| 4 | ЭЦП | Электронная цифровая подпись |
| 5 | МКБ | Международная классификация болезней |
| 6 | МКФ | Международная классификация функционирования |
| 7 | МКФ b | Функции организма пациента |
| 8 | МКФ d | Активность и участие в обеспечении самого себяСкачать |

Форма № 034/у "Извещение"

      Направлено в:

      Общая часть

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения

      4. Пол

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1410.jpg

      мужской

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1411.jpg

      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 и (или) отравлениях, в том числе подозрениях на них:

      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 онкологическом заболевании:

      1. Обстоятельства выявления опухоли

      2. Стадия опухолевого процесса

      3. Диагноз

      4. Метод подтверждения диагноза

      Заполняется при трансплантации органа (части органа) реципиента:

      1. Дата: выполнения трансплантации органа (части органа)

      2. Дата выписки

      Составляется медицинским работником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, паразитарное заболевание, пищевое отравление, профессиональное заболевание и (или) 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, оцарапанья, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

      Список сокращений формы № 034/у "Извещение":

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

Форма № 035/у "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

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный талон к справке о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства Диагноз Заключительный диагноз Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту) Освобожден от работы с дд/мм/гг по дд/мм/гг Фамилия врача, выдавшего справку Идентификатор врача Приступить к работе (число и месяц) Должность, фамилия и идентификатор врача (идентификатор лечебной организации) | Форма № 036/у "СПРАВКА о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"  Выдана Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Пол Место работы Наименование предприятия, организации, хозяйства Диагноз Заключительный диагноз Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту) Режим направлен на МСЭ (ВТЭ), дата и время Находился в стационаре с дд/мм/гг по дд/мм/гг Идентификатор врача Освидетельствован МСЭ (ВТЭ), дата и время Заключение МСЭ (ВТЭ) Перевести временно на другую работу с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Идентификатор МСЭ (ВТЭ) Идентификатор главного врача Идентификатор председателяСкачать |

|  |  |
| --- | --- |
| Контрольный талон к справке №\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номе 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 | Форма № 037/у "Справка №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)"  Дата выдачи 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 пациентами (нет, да, какими) нужное подчеркнуть, вписать освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации с дд/мм/гг по дд/мм/гг Идентификатор медицинской организации Идентификатор врача поликлиникиСкачать |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | Форма № 038/у "Справка №\_\_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности"  Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопедическое протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организациях, 4. усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за пациентом родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное подчеркнуть) Дата выдачи Индивидуальный идентификационный номер Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Дата рождения Адрес проживания Место службы, работы Профессия, должность Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)) Наличие контакта с инфекционными пациентами (нет, да, какими) (подчеркнуть, вписать) Освобождение от работы   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | с какого числа | по какое число (включительно) | должность и фамилия врача | подпись врача | подпись председателя ВККСкачать |   Приступить к работе с дд/мм/гг Идентификатор медицинской организацииСкачать |

Форма № 039/у "№\_\_\_\_\_\_\_\_ Заключение судебно-психиатрической экспертизы"

|  |  |
| --- | --- |
|  | 20\_\_\_\_\_ год "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_Скачать |

      Лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

      Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      обвиняемого по статье \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в отношении

      которого решается вопрос о дееспособности (нужное подчеркнуть)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Экспертиза первичная, повторная, дополнительная; в двух последних случая указывается когда,

      кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Вопросы, поставленные перед экспертами:

      1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела судебно-психиатрическая комиссия в составе):

      Председателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Членов комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Врача-докладчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье 420

      Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены.

      Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы

      "Заключения" излагаются на следующих (листах).

Форма № 040/у "№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)

Форма № 041/у "Медицинское свидетельство о рождении № \_\_\_\_ (выдается для предоставления в регистрирующие органы)"

      Дата выдачи "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

      1. ИИН

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

      (в соответствии с документами, удостоверяющими личность, при их отсутствии - данные заполняются со слов матери)

      3. Адрес (место постоянного жительства матери)

      4. Дата рождения матери

      5. Национальность матери

      6. Семейное положение матери

      7. Образование матери

      8. Дата и время родов

      9. Место родов

      10. Пол ребенка

      10-1. Ребенок родился: при одноплодных родах

      - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах - 4

      10-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 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 статьей 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" регистрация ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка подается не позднее трех рабочих дней со дня его рождения.

Форма № 042/у "№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих листах

Форма № 043/у "Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы"

      начат 20\_\_ года "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      20\_\_\_года "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ окончен

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата поступления | Ф.И.О. (при его наличии) | | ИИН | Пол | Дата рождения (год, месяц, число) | Кем, когда, на каком языке вынесено постановление о производстве экспертизы | | | Характеристика лица, подлежащего судебно-психиатрической экспертизе (подследственный, осужденный по гражданским делам) | | Статья УК РК (ГК РК) | По данному делу экспертиза первичная, повторная, дополнительная |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 8 | | 9 | 10 |
|  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |  |  |
| Дата комиссии | | | Ф.И.О. (при его наличии) СПЭК: Председатель, члены, докладчик | | | № акта | Диагноз | Заключение (на каком языке) | Рекомендованные медицинские меры | | Куда направлено лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе | Дата выписки из стационара | Общий срок проведения экспертизы (АСПЭК, ССПЭК) |
| 11 | | | 12 | | | 13 | 14 | 15 | 16 | | 17 | 18 | 19 |
|  | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | Скачать |

Форма № 044/у "Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (дому)"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Регистрационный номер карты | РНК | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |   Скачать |

      2. Карта:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1412.jpg

      – первичная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1413.jpg

      – 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Скачать |

      11. Диагноз заключительный

      Код МКБ-10

|  |  |
| --- | --- |
| a) основной: |  |
| b) сопутствующий: |  |
| c) осложнения: | Скачать |

      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 пациентов 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);

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы | | | | | | | | Исследование операционного и биопсийного материала) | |
| 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 | Ятрогения |  | |
|  |  | I категория | II категория | III категория | I категория | II категория | III категория | Клинический диагноз | Гистологическое заключение |
| а. основной/(код) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в. сопутствующий/(код) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| с. осложнения/(код) |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      14 - наличие рекомендаций:

      14.1 – отсутствуют,

      14.2 – неполные,

      14.3 – полные.

      Результаты патологоанатомических исследований и/или судебно-медицинских экспертиз

      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 другие 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 – непредотвратима.

      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

Форма № 045/у "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, при наступлении 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. При наступлении 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 |  |  |  |  |  | |  |  |  | Скачать |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | Скачать |

      При наступлении 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 | |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

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

      18. При наступлении 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Форма № 046/у "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти № \_\_\_\_\_\_ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № \_\_\_\_\_\_\_\_\_)"  Дата выдачи   |  |  | | --- | --- | | 1 - мертворожденный | 2 -  https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1414.jpg  умер на 1-й неделе жизни  https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1415.jpg   Скачать | | |
| Место для шифра   |  |  | | --- | --- | | 1 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 2 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 3 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 4 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 5 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 6 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 7 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 8 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 9 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 10 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 11 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 12.1 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 12.2 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 13 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 14 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 15 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 16 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 17 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 18 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 19 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 20 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 21 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 22 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 23 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 24 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 25 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 26 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 27 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 28 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 29 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 30 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 31 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 32 | Скачать |      |  |  | | --- | --- | | 33 | Скачать | | 1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) умершего (мертворожденного) 2. Пол: муж. - 1 жен. - 2 не определен – 3 (подчеркнуть) 3. Дата рождения (мертворождения):\_\_\_\_\_\_мин, \_\_\_\_ час, \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_\_\_\_ год 4. Дата смерти: \_\_\_\_\_\_мин, \_\_\_\_ час, \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_\_\_\_ год 5. 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 - 1 (вписать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2 – дома - 2, 3 - в другом месте - 3 (вписать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7. Дата рождения матери: \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_\_\_\_ год 8. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5 Для состоящих в браке: число, месяц, год заключения брака \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) мужа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сведения заполнены на основании записей в свидетельстве о браке, со слов матери – нужное подчеркнуть) 10. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица, домі \_\_\_\_\_\_ , кв.№ \_\_\_\_\_\_ 11. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8. 12.1. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.2. Должность или выполняемая работа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13. Какая по счету беременность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 14. Какие по счету роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 15. Предшествующие беременности закончились: рождением живого ребенка \_\_\_\_\_\_\_1, мертворождением \_\_\_\_\_\_\_\_2, самопроизвольным выкидышем \_\_\_\_\_\_\_\_\_3, искусственным абортом \_\_\_\_\_\_\_\_ 4 (указать сколько) 16. Дата последней менструации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Продолжительность настоящей беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель 17. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 (подчеркнуть) 18. Срок беременности при первой явке к врачу-акушеру (акушерке) 12 нед. и ранее - 1, 13-21 нед. - 2, 22-27 нед. - 3, 28 нед. и позже - 4, не обращалась совсем - 5. 19. Где состояла на учете: ФАП, ФП, ВА, СУБ, ЦРБ, СВА, ЖК, консультация "Брак и семья", гор. род. дом, обл. род. дом, ПЦ, частная клиника. 20. Заболевания и осложнения до наступления настоящей беременности: не было - 1, были – 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21. Заболевания и осложнения в течение настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 22. Осложнение родов: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное осложнение указать первым) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 23. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были – 2 (указать какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 24. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, др. многоплодных родах – 4. 25. Масса ребенка (плода) при рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_гр. 26. Рост ребенка (плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ см. 27. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переношенным – 3. 27-1. Критерии живорождения: дыхание - 1,сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4. 28. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3. 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 Причина перинатальной смерти:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | Скачать | | | б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | Скачать | | | в) первоначальная заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | Скачать | | | г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | Скачать | | | д) другие сопутствовавшие состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | Скачать |   Скачать |   32. Причина смерти (мертворождения) установлена: а) врачом, удостоверившим смерть - 1, врачом, принимавшим роды - 2, врачом-педиатром, лечившим ребенка - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5, акушеркой - 6, фельдшером – 7. б) на основании: осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествовавшего наблюдения - 3, вскрытия – 4. 33. а) Свидетельство выдано, наименование медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ б) Фамилия, имя, отчество, должность и подпись медицинского работника, выдавшего свидетельство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | печать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилияСкачать |   34. Удостоверение/паспорт матери № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 35. Подпись матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заполняется в регистрирующем органе 36. Свидетельство проверено в регистрирующих органах врачом, ответственным за правильность заполнения.   |  |  | | --- | --- | | \_\_\_\_\_ г. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ | /подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_Скачать |    Скачать |

      --------------------------------------------------Линия отреза-------------------------

      Корешок медицинского свидетельства о перинатальной смерти к форме № 046/у (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 абортом - 4, в том числе по мед. показаниям - 5

      18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:

      рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3,

      медицинским абортом - 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 | 00Скачать |

      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, переношенным – 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   |  |  | | --- | --- | | Анемия | 01 | | Болезни системы кровообращения | 02 | | Болезни органов дыхания | 03 | | Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 | | Гипертензия кардиоваскулярная | 05 | | Гипертензия почечная | 06 | | Вызванная беременностью гипертензия | 07 | | Сахарный диабет | 08 | | Болезни почек | 09 | | Гидрамнион (многоводие) | 10 | | Олигогидрамнион | 11 | | Эклампсия | 12 | | Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | | Инфекция мочеполовых путей | 14 | | Недостаточность питания при беременности | 15 | | Генитальный герпес | 16 | | Недостаточность плаценты | 17 | | Rh-сенсибилизация | 18 | | Крупный плод | 19 | | Гипотрофия плода | 20 | | Другие (указать) | 21 | | Не было | 00Скачать |   33. Прочие факторы риска во время беременности:   |  |  | | --- | --- | | Курение | 01 | | Употребление алкоголя | 02Скачать |   34. Осложнения родов:   |  |  | | --- | --- | | Гипертермия во время родов | 01 | | Предлежание плаценты | 02 | | Преждевременная отслойка плаценты | 03 | | Стремительные роды | 04 | | Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | | Кровотечение во время родов | 06 | | Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | | Другие (указать) | 09 | | Не было | 00Скачать | | 35. Акушерские процедуры   |  |  | | --- | --- | | Амниоцентез | 01 | | Мониторинг плода | 02 | | Стимуляция плода | 03 | | Ультрасонография | 04 | | Другие (указать) | 05 | | Не производили | 00Скачать |   36. Осложнения периода новорожденности:   |  |  | | --- | --- | | Анемия | 01 | | Фатальный алкогольный синдром | 02 | | Синдром мекониевой пробки | 03 | | Легочная вентиляция до 30 мин | 04 | | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 | | Другие (указать) | 06 | | Нет осложнений | 00Скачать |   37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)   |  |  | | --- | --- | | Анэнцефалия | 01 | | Спинно-мозговая грыжа | 02 | | Энцефалоцеле | 03 | | Гидроцефалия | 04 | | Расщелина неба | 05 | | Тотальная расщелина губы | 06 | | Атрезия пищевода | 07 | | Атрезия ануса | 08 | | Эписпадия | 09 | | Редукционные пороки конечностей | 10 | | Омфалоцеле | 11 | | Синдром Дауна | 12 | | Другие (указать) | 13 | | Не было | 00Скачать |   38. Социальные факторы Мать взята под наблюдение:   |  |  | | --- | --- | | В первой половине беременности | 01 | | Во второй половине беременности | 02Скачать |   Причины:   |  |  | | --- | --- | | - оплата за мед. услуги | 02.1 | | - отсутствие работы | 02.2 | | - отсутствие прописки | 02.3 | | - по незнанию | 02.4 | | - по другим причинам | 02.5 | | Не наблюдалась у врача | 03Скачать |   39. Методы родоразрешения:   |  |  | | --- | --- | | Естественный путь родоразрешения | 01 | | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02Скачать |    Скачать |

      40. Причина перинатальной смерти:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| а) основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  | | --- | --- | | Код МКБ-10 | Дата (болезни) начало/окончаниеСкачать |   https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1416.jpg |
| б) другие заболевания или состояния у ребенка (плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1417.jpg |
| в) первоначальное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1418.jpg |
| г) другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1419.jpg   Скачать |

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

      выдавшего свидетельство о смерти: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ З

      апись акта о рождении: 20 \_\_\_ жылғы/года \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_

      Запись акта о смерти: 20 \_\_\_ жылғы/года \_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_

      Наименование регистрирующего органа

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Идентификатор сотрудника регистрирующего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма № 047/у "Реабилитационная карта №\_\_\_\_\_"

      Раздел 1

      Общая часть

      1. ИИН

      2. Фамилия Имя Отчество (при его наличии)

      3. Дата рождения

      4. Пол

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1420.jpg

      мужской

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1421.jpg

      женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1422.jpg

      города

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1423.jpg

      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 |
|  |  | Скачать |

      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

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1424.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1425.jpg

      нет Кож-Вен.

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1426.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1427.jpg

      нет

      Гепатит

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1428.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1429.jpg

      нет др.

      Вирусный гепатит

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1430.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1431.jpg

      нет

      Корь, краснуха

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1432.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1433.jpg

      нет

      Ветряная оспа

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1434.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1435.jpg

      нет эпидемический паротит

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1436.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1437.jpg

      нет

      За последние 35 дней в контакте с инфекционными пациентами не был

      7. Признаки особо опасных инфекций и ОРВИ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1438.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1439.jpg

      нет

      Если да, пациент помещен в изолятор

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1440.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1441.jpg

      нет

      8. Вид транспортировки

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Установление инфекционной патологии или высокого инфекционного риска | Сыпь на кожных покровах | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1442.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1443.jpg  да |
| Повышение температуры тела | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1444.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1445.jpg  да |
| Отделяемое из носа | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1446.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1447.jpg  да |
| Кашель | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1448.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1449.jpg  да |
| Боль в горле | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1450.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1451.jpg  да |
| Рвота | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1452.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1453.jpg  да |
| Жидкий стул | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1454.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1455.jpg  да |
| Метеоризм | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1456.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1457.jpg  да |
| Уретральный катетер | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1458.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1459.jpg  да |
| Зондовое питание | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1460.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1461.jpg  да |
| Калостома | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1462.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1463.jpg  да |
| Пролежни | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1464.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1465.jpg  да |
| Трахеостома | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1466.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1467.jpg  да |
| Наличие дисфагии | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1468.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1469.jpg  да |
| Наличие за последние 6 месяцев (вписать в строку) | Судороги | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1470.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1471.jpg  да |
| Травмы | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1472.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1473.jpg  да |
| Операции | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1474.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1475.jpg  да |
| Принимает противосудорожные препараты | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1476.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1477.jpg  да |
| Особенности поведения, слабый зрительный контакт, стереотипии | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1478.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1479.jpg  да |
| Аллергологический анамнез (если да, написать на что, побочное действие) | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1480.jpg  нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1481.jpg  да |
|  | Скачать |

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

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

      Госпитализация:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1482.jpg

      показана

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1483.jpg

      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,

      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 134 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (Медицинская помощь предоставляется после получения информированного согласия пациента на получение медицинской помощи)

      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 при уклонении и/или отрывов (нарушение режима).

      3) Мною представлена вся необходимая информацию 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 4 к реабилитационной карте |

      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 наличии:

      7. Записи консилиумов содержат согласованную позицию по диагнозу, рекомендациям по обследованию и лечению. При 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 при наступлении смерти:

      Умер дд/мм/гг Аутопсия проводилась:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1484.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1485.jpg

      нет

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

      сопутствующий

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

      Список сокращений формы № 047/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 культураСкачать |

Форма № 048/у "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 |
| Группа крови, резус фактор(по показаниям) |
| Результат флюорографического обследованияСкачать |

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

|  |
| --- |
| Ваш врач: |
| Телефон |
| Акушерка |
| Участок |
| Кабинет |
| ТелефонСкачать |

      Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации

      Прием:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Часы приема: |
| Понедельник |  |
| Вторник |  |
| Среда |  |
| Четверг |  |
| Пятница |  |
| Суббота | Скачать |

      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

|  |
| --- |
| Отец (ребенка):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)Скачать |

      Менструальная функция

|  |
| --- |
| Менархе с лет |
| Длительность менструации |
| Продолжительность цикла, обильные умеренные скудные (подчеркнуть) |
| Половая жизнь с лет |
| Брак: зарегистрирован; не зарегистрирован; не замужем (подчеркнуть) |
| Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований |
| Гинекологический анамнез |
| Контрацепция |
| Гинекологические операцииСкачать |

      Акушерский анамнез:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сколько всего было беременностей, из них: родов самопроизвольных выкидышей внематочных беременностей медицинских абортов | | | | | | |
| 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)Скачать | | | | | | |  |  |

      Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода

      Первое обследование беременной

|  |
| --- |
| Жалобы |
| Объективные данные: |
| Общее состояние |
| Рост см. Масса (вес) кг. |
| ИМТ (индекс массы тела) |
| Кожные покровы |
| Наличие варикозно расширенных 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. cr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D. troch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c. 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)Скачать |

      Гинекологическое исследование:

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

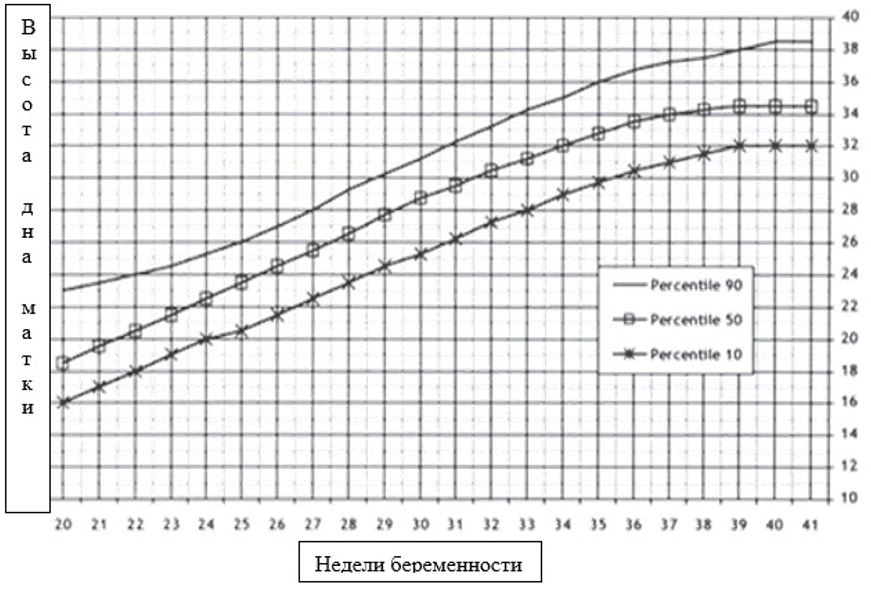
      Оценка риска возникновения осложнений при беременности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 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 | | Антенатальная гибель плода |  |
| 1-5, 11 | | ЗВУР |  |
| 1-8, 12 | | Кровотечение | Скачать |

      Повторная оценка факторов риска (риск определяется при каждом посещении)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Дата приема | Факторы риска | Примечание (предполагается родоразрешение (наименование МО), предполагаемый уровень родоразрешения) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Скачать |

      Гравидограмма



      Результаты обследования

      1. Общий анализ крови

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гемоглобин |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эритроциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Цветной показатель |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Тромбоциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| СОЭ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лейкоциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Палочкоядерные |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сегментоядерные |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эозинофилы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Базофилы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лимфоциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Моноциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      2. Общий анализ мочи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Удельный вес |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эпителий плоский |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лейкоциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Эритроциты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Цилиндры |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сахар |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Белок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Бактерии |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Соли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      3. Другие исследования

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |  |
| Бакпосев мочи |  |  |  |  |  |
| Кровь на сахар (по показаниям) |  |  |  |  |  |
| Пероральный тест на толерантность к глюкозе при наличии факторов |  |  |  |  |  |
| Бакпосев содержимого влагалища (по показаниям) |  |  |  |  |  |
| Анализ мочи по Нечипоренко (по показаниям) |  |  |  |  | Скачать |

      4. Обследование на инфекции

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

      5. Пренатальный скрининг

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

      6. Ультразвуковой скрининг

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

      Консультации

|  |
| --- |
| Первый осмотр терапевта |
| Жалобы |
| Анамнез 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 другие) |
| 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 |
| АллергоанамнезСкачать |

      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 |
| АД: на правой руке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на левой руке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Живот (мягкий безболезненный) |
| Печень, селезенка |
| Симптом поколачивания |
| Другие органы |
| Мочеиспускание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Стул \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Диагноз |
| Рекомендации |
| Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Повторный осмотр терапевта |
| Консультации специалистов |
| Специалист |
| Диагноз |
| Рекомендации |
| Консультации специалистов |
| Специалист |
| Диагноз |
| РекомендацииСкачать |

      Подготовка к родам

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Школа подготовки к родам | | | | |
| Дата | Срок беременности | Тема занятия | Посещение партнера | Подпись врача |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Скачать |

      Патронажные посещения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | |  |  |  |  |  |  |  |
| Cрок беременности | |  |  |  |  |  |  |  |
| Жалобы | |  |  |  |  |  |  |  |
| Общее состояние (отеки) | |  |  |  |  |  |  |  |
| АД | на правой руке |  |  |  |  |  |  |  |
| на левой руке |  |  |  |  |  |  |  |
| Положение плода | |  |  |  |  |  |  |  |
| Сердцебиение плода | |  |  |  |  |  |  |  |
| Бытовые условия | |  |  |  |  |  |  |  |
| Социальное благополучие | |  |  |  |  |  |  |  |
| Социально-правовая помощь(по показаниям) | |  |  |  |  |  |  |  |
| Рекомендации | |  |  |  |  |  |  |  |
| Подпись | |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      Патронаж педиатра

      Патронаж соцработника (по показаниям)

      Протокол обследования во время беременности (проверочный лист для медицинских работников)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Срок гестации в неделях | | | | | | |
| Клинический осмотр | До 12 | 16-20 | 24-26 | 30-32 | 36 | 38-40 | 41 | До 42 дней после родов |
| Визит к медицинскому работнику | х | х | х | х | х | х | х |  |
| Осмотр и анамнез, жалобы | х | х | х | х | х | х | х | х |
| -вес, рост - ИМТ | х |  |  | х\*\* |  |  |  |  |
| - ВДМ |  | х\* | х | х | х | х | х |  |
| - сердцебиение и движение плода |  | х | х | х | х | х | х |  |
| - АД | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - гинекологическое обследование | х |  |  |  |  |  |  | х |
| - осмотр ног (варикозное расширение вен) | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - наружное акушерское обследование |  |  |  |  | х | х | х |  |
| - тревожные признаки (головная боль, нарушение зрения, затрудненное дыхание) |  |  | х | х | х | х | х |  |
| Анализы | До 12 | 16-20 | 24-26 | 30-32 | 36 | 38-40 | 41 | До 42 дней после родов |
| - ОАК | х |  |  | х |  |  |  | х |
| - группа крови, Rh | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - кровь на антитела при Rh (-) |  |  | х |  |  |  |  |  |
| - RW | х |  |  | х |  |  |  |  |
| - ВИЧ | х |  |  | х |  |  |  |  |
| - сахар крови | ха |  |  |  |  |  |  |  |
| - ОАМ | х |  |  | х |  |  |  |  |
| - анализ мочи (определение белка) |  | х | х | х | х | х | х |  |
| - скрининг на бессимптомную бактериурию (посев мочи) | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - мазок на степень чистоты влагалища при появлении жалоб (по показаниям) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - УЗИ | х | х |  | х |  |  |  |  |
| - РАРР | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - АФП/ХГЧ с 16 до 20 недель если не проведен РАРР |  | х |  |  |  |  |  |  |
| Генетическое обследование |  |  |  |  |  |  |  |  |
| - консультация генетика | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - биопсия хориона до 12 недель | х |  |  |  |  |  |  |  |
| -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 | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - железо (по показаниям) | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - йод (по показаниям) | х |  |  |  |  |  |  |  |
| - кальций (группе риска по преэклампсии и женщинам с низким потреблением кальция) | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - аспирин (группе риска по преэклампсии) | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - питание, физические упражнения | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - антенатальный визит, желательно с партнером | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - консультирование по общим вопросам | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - тревожные симптомы | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - контрацепция после родов (выбор метода) |  |  |  |  | х | х | х | х |
| Школа по подготовке к родам и посещение роддома: | х | х | х | х | х | х | х |  |
| - положения во время схваток |  |  |  | х | х | х | х |  |
| - послеродовая контрацепция |  |  |  |  | х | х | х | х |
| - грудное вскармливание, уход за новорожденным |  |  |  |  | х | х | х | хСкачать |

      \* 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

      b 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 |  | Скачать |

      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 |  | Скачать |

      Диагноз

      Рекомендации

      Ф.И.О. медицинского работника

      Специальность

      Дата следующего визита:

      Подпись

      Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

      Рост Вес ИМТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 визит | | | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | | | | | | | | | 3 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 |  | | Скачать |

      Диагноз

      Рекомендации

      Ф.И.О. медицинского работника

      Специальность

      Дата следующего визита:

      Подпись

      Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

      Рост Вес ИМТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4 визит | | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | | | | | | | | 4 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 |  | Скачать |

      Диагноз

      Рекомендации

      Ф.И.О. медицинского работника

      Специальность

      Дата следующего визита:

      Подпись

      Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

      Рост Вес ИМТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | Скачать |

      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 |  | Скачать |

      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 |  | Скачать |

      Диагноз

      Рекомендации

      Ф.И.О. медицинского работника

      Специальность

      Дата следующего визита:

      Подпись

      Протокол посещений во время беременности (заполняется медицинским персоналом)

      Рост Вес ИМТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 визит | | Первый день последней менструации Ожидаемая дата родов | | | | | | | | 8 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 |  | Скачать |

      Диагноз

      Рекомендации

      Ф.И.О. медицинского работника

      Специальность

      Дата следующего визита:

      Подпись

      Дневник самонаблюдения беременной

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | АД | | Отеки | | Головная боль | Изменение характера шевелений плода | Комментарии |
| утро | вечер | утро | вечер |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      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 (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 (при переводе) |
| Состояние ребенка при рождении |
| в родильном доме |
| при выписке |
| Особые замечания |
| 20 год |
| Отпуск по беременности с 20 года по 20 года |
| Лист о временной 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 |
| Лист о временной нетрудоспособности №Скачать |

      Наблюдение за родильницей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Жалобы | Данные обследования | Советы, назначения |
|  |  | 1) флюорография |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | Скачать |

      Подпись врача

      Подпись заведующего отделения

Форма № 049/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | Начат "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | |
| № | Дата, время обращения пострадавшего | Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (Ф.И.О. (при его наличии), должность) | | | Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации | | | | Данные об аварийной ситуации | | Кем и когда передано сообщение в ОЦ СПИД, либо обращение самого пострадавшего | | | | | | |
|  | |  |  | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | | Индивидуальный идентификационный номер | | Дата рождения | Домашний адрес, телефон | | Место работы должность | | Дата, время аварийной ситуации | Обстоятельства, что сделано | |  | |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | |  | | 5 | 6 | | 7 | | | 8 | | 9 | 10 |
|  | |  |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 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 |
| При аварийной ситуации | | Через 1 мес. | | Через 3 мес. | |  |
| 11 | | | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | | | | 17 |
|  | | | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | Скачать |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист к журналу регистрации аварийных cитуации при проведении медицинских манипуляций |

      Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. (при его наличии): ИИН: | | | Адрес (рабочий): Адрес (домашний): |
| Дата рождения: | | Пол: | Должность: 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: Материал содержал: ВГВ ВГС ВИЧ: Если пациент ВИЧ-инфицирован: Стадия заболевания: Вирусная нагрузка: Сведения об APT: Резистентность к APT: Проведено до тестовое консультирование: | | Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту: Инфицирован: ВГВ ВГС: ВИЧ: Сопутствующие заболевания: Вакцинация против гепатита В: Поствакцинальный иммунитет: Проведено дотестовое консультирование: |  |
| Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование: Направления: | | Результаты исследований: ВГВ ВГС ВИЧ: Проведено послетестовое консультирование: 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 месяц 3 месяца | |  |  |
| Подпись/Печать | | Дата: |  |
| Сроки начала химиопрофилактики (дата, время) | Схематерапии | Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время) | Приверженность |
|  |  |  | Скачать |

      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 № 049/у "Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций":

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | ИИН | Индивидуальный идентификационный номер |
| 2 | APT | 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)Скачать |

Форма № 050/у "Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет"

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Регистрационный № карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_РМН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      2. Фамилия\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_ отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Пол | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1487.jpg | мужской | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1488.jpg | женский | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1489.jpg | не определен\*\*Скачать |

      7. Национальность\*\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. Состояние при рождении): | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1490.jpg | живорожденный | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1491.jpg | мертворожденный | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1492.jpg | до начала родов | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1493.jpg | во время родовСкачать |

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

      7.1 Место рождения:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1494.jpg | в стационаре\*\*\*\* | | | | | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1495.jpg | в другом месте |  | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1496.jpg | дома |  |
| 8. Переведен | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1497.jpg | | в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детского стационара | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1498.jpg | в отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации | | | | | |
|  | |  |
|  | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1499.jpg | в другой стационар | | | |  |  | | | | | |
| 9. День перевода: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_ время (час, минуты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | | | |
| 10. Выписан: | | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1500.jpg | | на участок по месту жительстваСкачать | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 12. Житель: | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1501.jpg | город | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1502.jpg | селоСкачать |

      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: | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1503.jpg | состоит в браке | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1504.jpg | не состоит в браке |  |  | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1505.jpg | вдова |
|  |  |  |  |  |  |  |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1506.jpg | разведена | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1507.jpg | неизвестно |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Скачать |  |

      19. Ребенок родился при сроке беременности \_\_\_\_\_ полных недель.

      20. Которые по счету роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      21. Который по счету родившийся ребенок у матери \_\_\_\_\_\_.

      22. Которая по счету беременность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

      23. Место смерти:

      область /город республиканского значения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

      район /город областного значения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

      населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

      медицинская организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 24. Смерть (мертворождение) наступила: | | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1508.jpg | в стационаре | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1509.jpg | на дому | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1510.jpg | в доме ребенка | | | | | |  | |
|  |  |  |  | |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1511.jpg | в родильном доме | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1512.jpg | в другом месте | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |
| 25. При наступлении смерти в родильном отделении: | | | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1513.jpg | | умер до суток пребывания в родильном отделении | | | | | | | | | | | |
|  | |
| в стационаре: |  | умер до суток пребывания в стационаре | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Смерть ребенка (мертворождение) произошла от: | | | | | | | | | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1514.jpg | заболевания | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1515.jpg | несчастного случая | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1516.jpg | | убийства |
|  |  |  | |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1517.jpg | не установлено |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |
| Скачать |

      27. При наступлении смерти ребенка (мертворождения) в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации перинатальной помощи МО: 1, 2, 3, 4.

      28. Причина смерти по МКБ-10 умершего ребенка и мертворожденного\*\*\*\*\*\*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | Клинический диагноз | | Патологоанатомический диагноз | | код МКБ-10 | |
|  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |  | |
| Состояние здоровья матери | | | | |  | |  | |
| d) | | | | |  | |  | |
| е) | | | | | | |  | |
| 29. Предотвратимость смерти\*\*\*\*\*\*\*: | | |  | нет |  | да |  | условно предотвратима |
|  | Наименование медицинской организации | Предотвратимость смерти | | | | | | |
| да | Условно предотвратима | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | | | |
|  |  |  | Скачать | | | | | |

      30. Наименование организации здравоохранения, выдавшей медицинское свидетельство о смерти:

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Дата заполнения карты "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год

      Ф.И.О. (при его наличии) оператора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      дата ввода карты "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \_\_\_\_ год

      Примечание:

      \* - для мертворожденных записывается фамилия матери, при 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;

      \*\*\*\* - при рождении 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),

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

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

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

      e) другие сопутствующие состояния;

      \*\*\*\*\*\*\* - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. При наступлении смерти, если смерть была предотвратима или условно предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

      Список сокращений формы № 050/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)Скачать |

Форма № 051/у "Карта учета материнской смертности"

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Регистрационный № карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РМН: | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1518.jpg | | |  |  |
| 2. Карта: |  | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1519.jpg  первичная | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1520.jpg | вторичнаяСкачать | |

      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: | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1521.jpg | города | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1522.jpg | села |
|  |  |  |  |  |  |
| Скачать |  |  |  |  |  |

      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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1523.jpg | в стационаре (1,2,3,4\*\*\*), | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1524.jpg | на дому | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1525.jpg | в другом местеСкачать |

      17. Срок беременности \_\_\_\_\_ полных недель

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 18. Смерть наступила в период: | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1526.jpg | беременности | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1527.jpg | | в процессе родов/аборта | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1528.jpg | послеродовой/послеабортный |
| 19. Количество прожитых дней при наступлении смерти в  https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1529.jpg  послеродовой) период: | |  | в течение 42 дней после родов | |  | | | |
| аборта | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1530.jpg | от 43 до 365 дней после родовСкачать | | | | | | |

      20. Которая по счету беременность \_\_\_\_\_\_\_.

      21. Которые по счету роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 22. Смерть наступила: | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1531.jpg | в стационаре | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1532.jpg | на дому | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1533.jpg | в другом месте |
| 23. Смерть наступила в результате: | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1534.jpg | аборт | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1535.jpg | внематочная беременность |  |  |
| https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1536.jpg | заболевания, связанные с беременностью | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1537.jpg | заболевания, не связанные с беременностью |  |  | Скачать |

      23.1. При наступлении смерти в организациях родовспоможения указать уровень регионализации МО: 1, 2, 3, 4\*\*\*

      24.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Диагноз клинический: | код МКБ -10 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Скачать |

      25.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10 | | код МКБ -10 | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | |
| 26. Предотвратимость смерти\*\*: | | | | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1538.jpg | нет | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1539.jpg | да | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1540.jpg | условно предотвратима |
|  | Наименование медицинской организации | Предотвратимость смерти | | | | | | | |
| да | | Условно предотвратима | | | | | |
|  |  |  | |  | | | | | |
|  |  |  | |  | | | | | |
|  |  |  | | Скачать | | | | | |

      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 дородовую 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;

      b) патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины;

      c) основная причина смерти;

      d) прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, при направлении умершей направлена в другую организацию, указывается сколько времени в часах составило время в пути следования до направленной медицинской организации, также указывается получение умершей медицинской помощи или акушерского/хирургического вмешательства до наступления смерти, при этом указывается процедура или вмешательство.

      \*\*- предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. При предотвратимой или условно предотвратимой смерти указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Указывается несколько организаций.

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

      Список сокращений формы № 051/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 Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 | | |

Формы медицинской учетной документации, используемые в амбулаторно - поликлинических организациях

      Сноска. Формы медицинской учетной документации - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 23.11.2022 [№ ҚР ДСМ-136](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200030685#z10) (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма № 052/у "Медицинская карта амбулаторного пациента" № \_\_\_\_

      Общая часть.

      Паспортные данные

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения дата месяц год

      4. Пол

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1541.jpg

      мужской

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1542.jpg

      женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1543.jpg

      города

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1544.jpg

      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  https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1545.jpg  Ф.И.О. (при его наличии) среднего медицинского работника, направляющей информацию и данные о ребенке и семье ID. Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | Ф.И.О. (при его наличии) социального работника, работающего с семьей ID. Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | |
| из регистра МО | |  |  | |
| Дата начала реализации Плана: | | Дата завершения реализации Плана: | Адрес проживания семьи: | |
|  | |  |  | |
| Личные данные ребенка (детей): | | | | |
| Имя ребенка | | Фамилия ребенка | Дата рождения (или ожидаемая дата рождения) | Пол |
|  |  |  | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1546.jpg  мужской | https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1547.jpg  женский |
| Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи): | | | | |
| Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | Кем приходится ребенку | Контактные данные: |
| 1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | |  |  |
| 2 | | |  |  |
| 3 | | |  |  |
| Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб, вовлеченные в процесс планирования развития семьи: | | | | |
| Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | Организация | Контактные данные: |
| 1 Ф.И.О. (ПРИ ЕГО НАЛИЧИИ) | | | из регистра МО |  |
| 2 | | |  |  |
| 3 | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | | | Скачать |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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: .

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1548.jpg

      Температура

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1549.jpg

      При рождении:

      Вес: кг

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1550.jpg

      Рост см

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1551.jpg

      ИМТ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1552.jpg

      Окружность головы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1553.jpg

      см

      Жалобы матери:

      Оцените признаки опасности.

      Анамнез.

      Отягощенный анамнез:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1554.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1555.jpg

      нет

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

      Проверьте рефлексы (на симметричность): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки

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

      Кожа: (в норме розовая или интенсивно розовая)

      Слизистые ротовой полости \_\_\_\_\_\_\_\_ конъюнктивы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Видимые врожденные пороки

      Костная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      форма головы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_швы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      большой родничок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      малый родничок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Органы дыхания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

      Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)\_\_\_\_\_\_\_ (в норме более 100 /мин);

      Сердечный ритм \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Сердечные шумы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

      Пальпация бедренного пульса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в норме симметрично с

      двух сторон)

      Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Печень\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Селезенка \_\_\_\_\_\_

      Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Пуповина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем

      подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки

      при условии содержания в чистоте)

      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?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1556.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1557.jpg

      нет

      • Ребенок кормится грудью?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1558.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1559.jpg

      нет

      • Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_\_\_ раз

      • Вы кормите грудью ночью?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1560.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1561.jpg

      нет

      • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1562.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1563.jpg

      нет

      • Если Да, как часто? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз в сутки и чем

      Пользуетесь при кормлении: .

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

      Оцените кормление грудью:

      Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

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

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

      - Подбородок касается груди

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1564.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1565.jpg

      нет

      - Рот широко раскрыт

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1566.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1567.jpg

      нет

      - Нижняя губа вывернута наружу

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1568.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1569.jpg

      нет

      - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1570.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1571.jpg

      нет

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

      - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1572.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1573.jpg

      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 получает сегодня:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1574.jpg

      Гепатит В 1- 0

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1575.jpg

      БЦЖ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Визит для следующей прививки

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

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

      Гигиена ребенка

      Проблемы ухода

      Оценка здоровья матери:

      1. Осмотр молочных желез:

      Проблемы

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

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

      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 наличии) - 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 при болезни ребенка (опасные признаки). - Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО) - Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания). - Другие рекомендации - Правила поведения и уход при болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим). | - 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 обращается к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознанияСкачать |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 2 к медицинской карте амбулаторного пациента |

      Оценка развития ребенка на приеме врачом и среднего медицинского работника\* \*До года ведется ежемесячно, после года до согласно Стандарта организации оказания педиатрической помощи

      Дата осмотра

      Возраст:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1576.jpg

      Температура

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1577.jpg

      Вес г.

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1578.jpg

      Рост см.

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1579.jpg

      ИМТ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1580.jpg

      Окружность головы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1581.jpg

      см

      Оцените физическое развитие, используя графики:

      Жалобы матери:

      Осмотр ребенка:

      Кожа: Пуповина

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1582.jpg

      Слизистые ротовой полости

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1583.jpg

      Зев

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1584.jpg

      Конъюнктивы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1585.jpg

      Большой родничок

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1586.jpg

      Органы дыхания:

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1587.jpg

      Частота дыхания

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1588.jpg

      Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1589.jpg

      Сердечный ритм;

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1590.jpg

      Сердечные шумы;

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1591.jpg

      Органы пищеварения: живот

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1592.jpg

      печень

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1593.jpg

      селезенка

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1594.jpg

      Мочеиспускание; Стул

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1595.jpg

      Диагноз:

      Определите, есть ли проблемы кормления проблемы питания

      • Есть ли у Вас трудности при кормлении?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1596.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1597.jpg

      нет

      • Ребенок кормится грудью?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1598.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1599.jpg

      нет

      • Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_\_\_ раз

      • Вы кормите грудью ночью?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1600.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1601.jpg

      нет

      • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1602.jpg

      да

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1603.jpg

      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

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1604.jpg

      Гепатит В 1- 0

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1605.jpg

      БЦЖ

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1606.jpg

      АКДС 1+hib 1

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1607.jpg

      Гепатит В 2

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1608.jpg

      ОПВ-1

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1609.jpg

      АКДС 2+ hib 2

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1610.jpg

      Гепатит В 3

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1611.jpg

      ОПВ-2

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1612.jpg

      АКДС 3+ hib 3

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1613.jpg

      ОПВ-3

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1614.jpg

      ОПВ-0

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1615.jpg

      Корь + краснуха + паротит

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1616.jpg

      АКДС ревакцинация

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1617.jpg

      HIB ревакцинация

      Визит для следующей прививки

      Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза \_\_\_\_ длительность

      Психомоторное развитие:

      До=

      Др=

      Ра=

      Рп=

      Н=

      Э=

      Оценка ухода в целях развития

      Как Вы играете с ребенком?

      Как Вы общаетесь с ребенком?

      Не отстает

      Отстает на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_эпикризный срок

      Проблемы ухода для развития

      Оценка ухода:

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

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

      3. Знает ли мать признаки опасности: .

      Проблемы ухода

      Признаки жестокого обращения с ребенком:

      физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность

      ☐

      да

      ☐ нет

      Тревожные признаки, требующие специализированной помощи

      - Возможная глухота или проблемы со зрением

      - Ребенок не вступает в контакт.

      - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

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

      - Плохой аппетит.

      Проблемы

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

      Оценка питания и здоровья матери:

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

      Проблемы

      Заключение:

      Рекомендации:

      - Практика исключительно грудного вскармливания.

      - Оптимальное питание матери.

      - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

      - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

      - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

      - Правила поведения и уход при 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

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

      Идентфикатор/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 наличии:

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 4 к медицинской карте амбулаторного пациента |

      Протокол операции/процедуры/афереза

      1. Дата и время

      2. Показания к операции/процедуры/афереза

      3. Клинический Диагноз

      4. Анестезиологическое пособие

      5. Протокол операции включая, как минимум:

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

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

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

      5.4 Проведение дополнительных методов исследования и лабораторных исследований

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

      5.6 Количество кровопотери (мл)

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1618.jpg

      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

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1619.jpg

      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

      4. Идентификатор и Ф.И.О. (при его наличии) медицинского работника

|  |  |
| --- | --- |
|  | Вкладной лист 8 медицинской карте амбулаторного пациента |

      Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

      Дата и время обращения

      Паспортные данные

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения: число, месяц, год

      4. Пол

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1620.jpg

мужской

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1621.jpg

женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1622.jpg

города

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1623.jpg

села

      8. Гражданство, адрес проживания

      9. Место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения

      Должность Образование

      10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

      11. Тип возмещения

      12. Социальный статус

      13. Повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие (подчеркнуть)

      14. Жалобы

      15. Анамнез:

      указать сведения: о случае применения физического и (или) психологического насилия с указанием времени и даты; о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия.

      16. Описание телесных повреждений:

      Описание ссадины

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1624.jpg

, округлая

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1625.jpg

, овальная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1626.jpg

, неправильная овальная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1627.jpg

, треугольная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1628.jpg

      3. Направление: вертикальное

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1629.jpg

, горизонтальное

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1630.jpg

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1631.jpg

;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина в ХХХ см);

      5. Состояние дна либо покрывающей корочки - влажная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1632.jpg

, западает по отношению к уровню окружающей кожи

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1633.jpg

; на уровне окружающей кожи

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1634.jpg

; выше уровня окружающей кожи

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1635.jpg

, отпадает по периферии

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1636.jpg

, участок гиперпигментации

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1637.jpg

гипопигментации

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1638.jpg

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1639.jpg

, гиперемированы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1640.jpg

, с наложением крови

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1641.jpg

, почвы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1642.jpg

      Описание кровоподтека

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1643.jpg

, округлая

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1644.jpg

, овальная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1645.jpg

, неправильная овальная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1646.jpg

, треугольная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1647.jpg

,

      3. Направление: вертикальное

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1648.jpg

, горизонтальное

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1649.jpg

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1650.jpg

;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина ХХХ в см);

      5. Цвет кровоподтека - красно-багровый

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1651.jpg

, синюшно- фиолетовый

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1652.jpg

, бурый

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1653.jpg

, зеленоватый

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1654.jpg

, желтый

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1655.jpg

;

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1656.jpg

, с наложением крови

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1657.jpg

, почвы

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1658.jpg

.

      Описание раны

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1659.jpg

, веретенообразная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1660.jpg

;

      3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта "минус-ткань"

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1661.jpg

;

      4. Особенности краев: осадненность

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1662.jpg

, кровоподтечность

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1663.jpg

, отслоенность

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1664.jpg

, загрязненность

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1665.jpg

, инородные включения

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1666.jpg

;

      5. Рельеф скошенности стенок: ровные

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1667.jpg

, гладкие

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1668.jpg

, располагаются отвесно

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1669.jpg

одна стенка скошена, а другая подрыта

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1670.jpg

;

      6. Осадненность концов

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1671.jpg

;

      7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1672.jpg

, повреждений мышц

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1673.jpg

, костей

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1674.jpg

;

      8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно пересечены в начальной и средней трети раны

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1675.jpg

, в конечном отрезке волоса

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1676.jpg

с вывороченными луковицами

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1677.jpg

.

      9. Особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1678.jpg

, не ровный

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1679.jpg

, зазубренный

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1680.jpg

.

      Описание перелома (открытый)

      1. Точная анатомическая локализация;

      2. Форма линейная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1681.jpg

, неправильная

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1682.jpg

, многооскольчатая

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1683.jpg

      3. Размеры ХХХсм,

      4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1684.jpg

, горизонтальное

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1685.jpg

, косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо

https://adilet.zan.kz/files/1454/43/1686.jpg

;

      5. Размеры, ориентировка свободных отломков, дефектов, сколов кости и вдавлений

      6. Особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих позвоночник тканях, переломов тел, дужек и отростков позвонков, характер их смещения, повреждений связочного аппарата, межпозвонковых дисков, над- и подоболочечных кровоизлияний, спинного мозга.

      Схема анатомической локализации

      Схема мужчина