

Каталог медицинских документов и их печатных аналогов в КМИС

Версия 3.8

Дата последнего изменения: 18.07.2017

Версия документа: 3.8.02



Содержание каталога

| | |
|--|-----------|
| <u>ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</u> | 8 |
| ПЕРВИЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ СТАЦИОНАРОВ | 8 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО / ФОРМА № 003/у (ЛИСТ 1) | 8 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО / ФОРМА № 003/у (ЛИСТ 2) | 9 |
| ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ (ФОРМА №004/у) | 10 |
| КАРТА БОЛЬНОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА / ФОРМА № 003-2/у-88 | 11 |
| ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЁННОГО / ФОРМА № 097/у (ЛИСТ 1) | 12 |
| ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЁННОГО / ФОРМА № 097/у (ЛИСТ 2) | 13 |
| ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЁННОГО / ФОРМА № 097/у (ЛИСТ 3) | 14 |
| ДАННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ МЕДСЕСТРОЙ ЗА НОВОРОЖДЁННЫМ / ФОРМА № 097/у (ЛИСТ 4) | 15 |
| ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЁННОГО / ФОРМА № 097/у (ЛИСТ 5) | 16 |
| ИСТОРИЯ РОДОВ / ФОРМА № 096 (ЛИСТ 1) | 17 |
| ИСТОРИЯ РОДОВ / ФОРМА № 096 (ЛИСТ 2) | 18 |
| ОСМОТР ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА РОЖЕНИЦЫ / ФОРМА №096/у (ЛИСТ 2) | 19 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ / ФОРМА № 003-1/у | 20 |
| ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ГИНЕКОЛОГА ПЕРЕД АБОРТОМ / ФОРМА № 003-1/у (ЛИСТ 2) | 21 |
| КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДИАЛИЗНОГО БОЛЬНОГО / ФОРМА №003-1/у (ВКЛАДЫШ К ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ) | 22 |
| АМБУЛАТОРНЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ | 24 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ / ФОРМА № 025/у | 24 |
| КАРТА ОБРАТИВШЕГОСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ (НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ) ПОМОЩЬЮ / ФОРМА № 030-1/у-0225 | |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ФОРМА № 081/у | 29 |
| СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА / ФОРМА № 043/у | 36 |
| ЛИСТ ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ / ФОРМА № 052/у | 40 |
| ЛИСТ ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ / ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ | 41 |
| <u>МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ</u> | 42 |
| ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ | 42 |
| КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ / ФОРМА №030/у | 42 |
| КАРТА УЧЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ГРАЖДАНСКОГО СЛУЖАЩЕГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО СЛУЖАЩЕГО / ФОРМА №131/у-ГС | 44 |

| | |
|--|------------|
| ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО СЛУЖАЩЕГО/ ФОРМА № 025/у-ГС | 47 |
| ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ / ФОРМА № 025/у-ПЗ | 51 |
| АНКЕТА ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ ДО 75 ЛЕТ | 53 |
| АНКЕТА ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГРАЖДАН В ВОЗРАСТЕ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ | 55 |
| АНКЕТА ДЛЯ ПРОФОСМОТРА | 57 |
| КАРТА УЧЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ПРОФОСМОТРА) / ФОРМА № 131/у | 59 |
| КАРТА МЕДОСМОТРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО / ФОРМА № 030-ПО/у-12 | 65 |
| КАРТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО / ФОРМА № 030-Д/с/у-13 | 68 |
| МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО К МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ | 71 |
| РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ЛИЦА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС | 72 |
| ЛИСТ УЧЁТА ДОЗИМЕТРИИ ДЛЯ ЛИЦА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИИ НА ЧАЭС | 74 |
| КОДИРОВОЧНЫЙ ТАЛОН ЛИЦА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИИ НА ЧАЭС | 75 |
| КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ / ФОРМА №025-ЦЗ/у | 78 |
| КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА / ФОРМА №025-ЦЗ/у-2 | 81 |
| КАРТА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ / ФОРМА №002-ЦЗ/у | 84 |
| КАРТА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕБЁНКА / ФОРМА №002-ЦЗ/у-2 | 86 |
| АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ | 89 |
| ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ / ФОРМА № 111/у | 89 |
| НЕОНАТОЛОГИЯ | 90 |
| ИЗВЕЩЕНИЕ НА РЕБЁНКА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ / ФОРМА № 025-11/у-98 | 90 |
| СВЕДЕНИЯ О ПРОВЕДЕНИИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЁННОМУ | 91 |
| ВКЛАДЫШ-КАРТА ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЁННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ | 92 |
| ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ О СЛУЧАЕ СМЕРТИ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 2Х ЛЕТ (МЕРТВОРОЖДЕНИИ) / ФОРМА №153/у-87 | 93 |
| ФТИЗИАТРИЯ | 94 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ ФОРМА № 01-ТБ/у | 94 |
| ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА, С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЁЗА / ФОРМА №089/у-туб | 97 |
| КАРТА РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНОГО С ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ВАКЦИНОЙ | 98 |
| АКТ РАССЛЕДОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ВАКЦИНОЙ | 99 |
| ОНКОЛОГИЯ | 101 |
| ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ, С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ РАКА ИЛИ ДРУГОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ / ФОРМА №090/у | 101 |
| РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ / ФОРМА №030/ГРР | 104 |
| КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ/ ФОРМА №030-6/у | 106 |

| | |
|--|------------|
| ПРОТОКОЛ НА СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНОГО ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ / ФОРМА №027-2/у | 108 |
| ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ / ФОРМА №027-1/у | 110 |
| ЭНДОКРИНОЛОГИЯ | 112 |
| КАРТА РЕГИСТРАЦИИ И НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ / ФОРМА №40-99 | 112 |
| КАРТА СНЯТИЯ С УЧЕТА БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ / ФОРМА №41-99 | 114 |
| ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ | 115 |
| МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА / ФОРМА №057-т/у | 115 |
| ПРОТОКОЛ УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ МОЗГА / ФОРМА №017-1/у | 116 |
| АКТ ОБ ИЗЪЯТИИ ОРГАНОВ У ДОНОРА ТРУПА ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ / ФОРМА № 033/у-93 | 118 |
| ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ | 119 |
| ПРОТОКОЛ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ / ФОРМА №013/у | 119 |
| ПРОТОКОЛ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ ПЛОДА, МЁРТВО- И НОВОРОЖДЁННОГО / ФОРМА №013-1/у | 123 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ / ФОРМА №014/у | 127 |
| ОТКАЗ ОТ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ | 128 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ / ФОРМА №203/у-02 | 129 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ, СКРИНИНГЕ / ФОРМА №446/у130 | |
| ТРАНСФУЗИОЛОГИЯ | 132 |
| ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД/ ФОРМА № 005/у | 132 |
| УЧЁТНАЯ КАРТОЧКА ДОНОРА / ФОРМА № 405-05/у | 133 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АКТИВНОГО ДОНОРА / ФОРМА № 406/у | 134 |
| КАРТА ДОНОРА РЕЗЕРВА/ ФОРМА № 407/у | 136 |
| ЗАЯВКА НА ТРАНСФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ/ ФОРМА № 421/у | 138 |
| ПРОТОКОЛ ТРАНСФУЗИИ (ПЕРЕЛИВАНИЯ) ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЁ КОМПОНЕНТОВ | 139 |
| УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕАКЦИЯХ И ОСЛОЖНЕНИЯХ, ВОЗНИКШИХ У РЕЦИПИЕНТОВ В СВЯЗИ С ТРАНСФУЗИЕЙ (ПЕРЕЛИВАНИЕМ) ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЁ КОМПОНЕНТОВ | 141 |
| ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ | 142 |
| ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ ЗППП И ЧЕСОТКОЙ / ФОРМА № 089/у-кв | 142 |
| КАРДИОЛОГИЯ | 143 |
| КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ / ФОРМА № 140/у- 02 | 143 |
| НАРКОЛОГИЯ | 145 |

| | |
|--|-------------------|
| АКТ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ ЛИЦА, КОТОРОЕ УПРАВЛЯЕТ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ / ФОРМА № 307/у-05 | 145 |
| АЛЛЕРГОЛОГИЯ | 147 |
| КАРТА АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ / ФОРМА № 134/у | 147 |
| ПАСПОРТ БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ / ФОРМА № 135/у | 149 |
| СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ | 150 |
| КАРТА ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ/ ФОРМА № 110/у | 150 |
| РЕЦЕПТЫ | 154 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 148-1/у-88 | 154 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 107-у | 155 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 148-1у-04 (льготный) | 156 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 148-1у-06 (льготный) | 157 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 1-МИ | 158 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 2-МИ | 159 |
| РЕЦЕПТ / ФОРМА № 3-МИ | 160 |
| ПРОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ | 161 |
| КАРТА ПАЦИЕНТА ОТДЕЛЕНИЯ ЛФК / ФОРМА № 042/у | 161 |
| КАРТА БОЛЬНОГО С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА / ВКЛАДНОЙ ЛИСТ В ФОРМУ № 042/у | 162 |
| КАРТА БОЛЬНОГО, ЛЕЧАЩЕГОСЯ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ / ФОРМА №044/у | 163 |
| КАРТА ОБРАТИВШЕГОСЯ ЗА АНТИРАБИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ / ФОРМА №045/у | 164 |
| КВИТАНЦИЯ НА ПРИЁМ ВЕЩЕЙ И ЦЕННОСТЕЙ ОТ БОЛЬНОГО / ФОРМА №5-МЗ | 166 |
| АДРЕСНЫЙ ЛИСТОК ПРИБЫТИЯ / ФОРМА №2 | 167 |
| АДРЕСНЫЙ ЛИСТОК УБЫТИЯ / ФОРМА №7 | 168 |
| ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ О СЛУЧАЕ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ / ФОРМА №58-1/у169 | |
| ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ / ФОРМА №058/у | 170 |
| ОБХОД МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ | 171 |
| ПРОТОКОЛ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ОТБОРУ ОКАЗАНИЯ ВМП | 172 |
| СОГЛАСИЕ НА ПЕРВИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ | 173 |
| <u>ВТОРИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ (СПРАВКИ, ВЫПИСКИ, НАПРАВЛЕНИЯ, КАРТЫ).....</u> | <u>174</u> |
| МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ / ФОРМА №103/у | 174 |
| МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ / ФОРМА №106-2/у-08 | 176 |
| МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ / ФОРМА № 106/у-98 | 179 |
| ПРОТОКОЛ УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА | 182 |

| | |
|--|-------------------|
| ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ / ФОРМА №086/у | 183 |
| МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПОВРЕЖДЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ НА ПРОИЗВОДСТВЕ / ФОРМА № 315/у | 184 |
| СПРАВКА О ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ПОСТРАДАВШЕГО ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ / ФОРМА № 316/у | 185 |
| ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОСТРАДАВШЕМ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ / ФОРМА № 59-НСП/у | 186 |
| МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАНИНА | 187 |
| МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА НА РЕБЕНКА, ОТЪЕЗЖАЮЩЕГО В САНАТОРНЫЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ / ФОРМА № 079/у | 188 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА МСЭ / ФОРМА № 088/у-06 | 190 |
| ОБРАТНЫЙ ТАЛОН МСЭ / ФОРМА № 088/у-06 | 193 |
| СПРАВКА УЧАЩЕГОСЯ / ФОРМА № 095/у | 195 |
| СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЁВКИ / ФОРМА № 070/у | 197 |
| САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА / ФОРМА № 072/у | 200 |
| САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА ДЛЯ ДЕТЕЙ ФОРМА №076/у | 203 |
| ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ / ФОРМА № 027/у | 206 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КАБИНЕТЫ/ ФОРМА № 028/у | 207 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ / ФОРМА №057/у-04 | 208 |
| МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О ДОПУСКЕ К УПРАВЛЕНИЮ ТРАНСПОРТНЫМИ СРЕДСТВАМИ | 209 |
| КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ / ФОРМА № 052/у | 210 |
| НАПРАВЛЕНИЕ НА ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ/ ФОРМА № 452/у-06 | 211 |
| СПРАВКА НА ДОСТУП К НАРКОТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ (988н) | 213 |
| МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ МЕТАБОЛИТОВ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ПРИКАЗУ 39н) | 214 |
| <u>СТАТИСТИЧЕСКИЕ УЧЕТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ.....</u> | <u>215</u> |
| Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях / ФОРМА № 025-1/у | 215 |
| СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА / ФОРМА № 066/у-02 | 216 |
| СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО (НАРКОЛОГИЧЕСКОГО) СТАЦИОНАРА/ ФОРМА № 066-1/у-02 | 218 |
| ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА/ ФОРМА № 030-П/у | 220 |
| <u>ЖУРНАЛЫ.....</u> | <u>221</u> |
| Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации / ФОРМА №001/у | 221 |

| | |
|---|-------------------|
| ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРИЁМА БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ / ФОРМА №002/у | 222 |
| ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ / ФОРМА №007/у-02 | 223 |
| ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД / ФОРМА № 009/у | 224 |
| ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПОСТУПЛЕНИЯ И ВЫДАЧИ ТЕЛ УМЕРШИХ / ФОРМА №015/у | 225 |
| КНИГА ЗАПИСИ ВЫЗОВОВ ВРАЧА НА ДОМ/ ФОРМА №031/у | 226 |
| КНИГА РЕГИСТРАЦИИ ЛИСТОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ / ФОРМА 036/у | 227 |
| ЖУРНАЛ ЗАПИСИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ / ФОРМА №050/у | 228 |
| ЖУРНАЛ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ/ ФОРМА 060/у | 229 |
| ЖУРНАЛ УЧЁТА ЗАЯВОК / ФОРМА № 417/у | 230 |
| ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БРАКА КРОВИ / ФОРМА № 418/у | 231 |
| ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОЦЕДУР / ФОРМА № 029/у | 232 |
| Вкладыш для Истории Болезни по ДМС | 233 |
| <u>ОБ ЭТОМ ДОКУМЕНТЕ.....</u> | <u>234</u> |

Первичная медицинская документация

Первичные документы стационаров

Медицинская карта стационарного больного / Форма № 003/у (лист 1)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

| | |
|--|---|
| Министерство здравоохранения Российской Федерации <u>Тестовое ЛПУ</u> | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма № 003/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 № 1030 |
|--|---|

Прошел онкологическое обследование _____ 2009 _____ (подпись)
 - Педикулез Гепатит отрицает
 - Скабиес

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N 39
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Дата и время поступления 13.07.2009 13:06:11

Дата и время выписки 19.07.2009;

Отделение Отделение общей хирургии палата N 7 (профиль койки - Сердечно-сосудистый)

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней 6

Виды транспортировки: МОЖЕТ ИДТИ, БЕЗ ВЕЩЕЙ

Группа крови 0(I)RhВ Резус-принадлежность отрицательная

Побочное действие лекарств (непереносимость) ВИТ. гр. В, антибиотик

1. Фамилия, имя, отчество ТЕСТ ИВАН АДРЕЕВИЧ
 Полис ОМС: Петромед / 332 213 / 21, дата окончания срока действия _____
 Полис ДМС: _____, дата окончания срока действия _____
 Оплата проводится по: ОМС, плательщик - Петромед
 Паспортные данные: Паспорт гражданина РФ серия 8666 № 222 выдан УВД, г. Петрозаводска 13.12.2006

2. Пол Муж.-1

3. Возраст 12 лет, дата рождения - 01.01.1997

4. Постоянное место жительства: 1 - город
 Адрес (по прописке): МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл. г КОЛПИНО, ОКТ. ШОССЕ д.12 кв.16 Код территории _____
 Адрес (фактически проживает): МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл. г КОЛПИНО, ОКТ. ШОССЕ д.12 кв.16
 Адрес и телефон родственников: родственников нет

5. Место работы, профессия или должность БАНК"ВТБ" - Не указано / АДМИНИСТРАТОР
 Ведомственная принадлежность: Нет

6. Кем направлен больной Областная больница / Нейрохирургическое отделение - Алексеев Алексей Алексеевич - врач-хирург

7. Доставлен в стационар госпитализирован в плановом порядке

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении Другие функциональные нарушения после операций на сердце

| 10. Диагноз клинический | Дата установления |
|---|-------------------|
| <u>Острый и подострый инфекционный эндокардит</u> | |
| | |
| | |

С правилами внутреннего распорядка больницы ознакомлен _____

Отпечатано при помощи Карельской медицинской информационной системы

Электронный вариант – «Первичная документация» - «История болезни»
 - «Показать» - «Печать медицинской карты» [PR_sformD1ibOBL]

Медицинская карта стационарного больного / Форма № 003/у (лист 2)

| | | | |
|--|---------------------|--|------------|
| 11. Диагноз заключительный клинический | | | |
| основной: | | Код МКБ | |
| Острый и подострый инфекционный эндокардит | | I33.U | |
| осложнение основного: | | Код МКБ | |
| | | | |
| сопутствующий | | Код МКБ | |
| | | | |
| 13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения. | | | |
| Название операции | Дата, час | Метод обезболивания | Осложнения |
| 1. Плановая холецистэктомия (открытая) | 13.07.2009 15:30:00 | Интубация трахеи | Асфиксия |
| Оперировал _____ | | | |
| 14. Другие виды лечения _____ | | | |
| _____ | | | |
| (указать) | | | |
| для больных злокачественными новообразованиями - 1. Специальное лечение; хирургическое (дистанционная гамматерапия ; рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия , контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия , хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами. 2. Паллиативное . 3. Симптоматическое лечение. | | | |
| 15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности | | | |
| Выдан ЛВН (10.07.2009 - 19.07.2009), № ЛВН-454545, по диагнозу Острый и подострый инфекционный эндокардит, 10сут. | | | |
| 16. Исход заболевания: Выписан с улучшением (02) | | | |
| выписан - с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; | | | |
| переведен в другое учреждение _____ | | | |
| название лечебного учреждения | | | |
| Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница. | | | |
| 17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть) | | | |
| 18. Для поступивших на экспертизу-заключение _____ | | | |
| 19. Особые отметки _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| Лечащий врач | | Зав. отделением | |
| _____ | | _____ | |
| подпись | | подпись | |
| Гражданин(ка) <u>ТЕСТИВАН АДРЕЕВИЧ</u> полностью информирован(а) в доступной форме о состоянии здоровья, а также цели, характере, способах медицинского вмешательства, вероятном риске, о возможных медико-социальных, психологических и экономических последствиях, которые могут иметь место в следствие медицинского вмешательства. | | | |
| Дата <u>13.07.2009</u> | | | |
| Врач _____ | | / <u>Administrator</u> Пациент или его законный представитель | |

Температурный лист (форма №004/у)

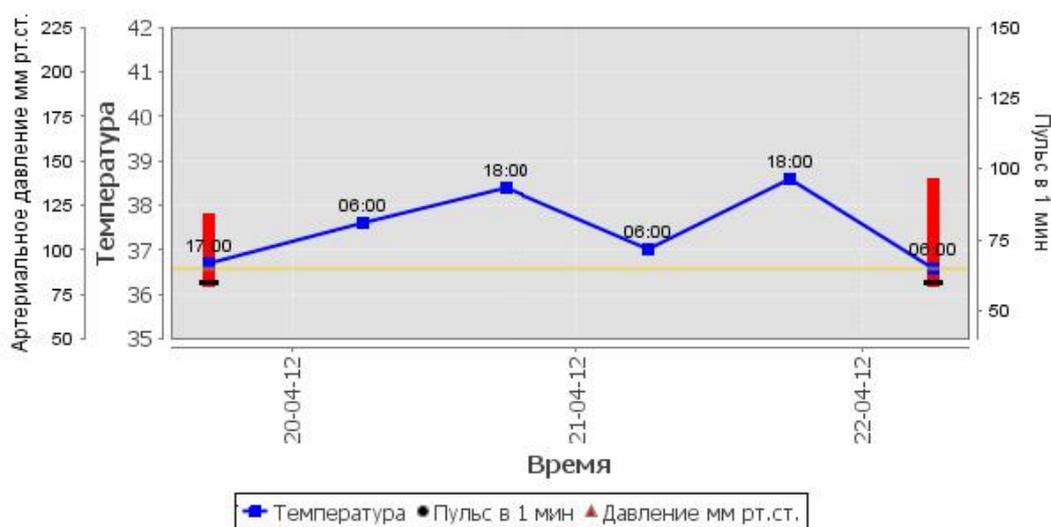
Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
Тестовое ЛПУ
 наименование учреждения
Хирургическое отделение
 наименование отделения

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____
 Медицинская документация
 Форма № 004/у
 Утверждена Приказом Минздрава СССР 04.10.1980 г. №
 1030

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта № **166**, Фамилия, имя, отчество больного: **БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ (25.12.1907)** Палата № _____



| | |
|-----------------------------|------------|
| Дата | 19.04.2012 |
| Дыхание в 1 мин | 20 |
| Вес кг | 66.7 |
| Выпито жидкости | 100 |
| Суточное количество мочи мм | 200 |
| Стул | + (мелена) |
| Ванна | + |

Печать: 20 05 2012 17:10:59 - Р.И.Т.С.М.

Электронный вариант – «**Новые документы**» - «**Текстовые документы**» - «**Температурный лист**».

Карта больного дневного стационара / Форма № 003-2/у-88

Утверждена инструкцией МЗ СССР №27-14/4-88 от 08.04.1988.

| | |
|---|--|
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Тестовое ЛПУ <small>наименование учреждения</small> | Медицинская документация форма № 003-2/у-88 Утв. Минздравом СССР 08.04.88 г. |
|---|--|

КАРТА № 3

больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице (подчеркнуть)

Группа крови: B(III)α Резус-принадлежность: отрицательная

Аллергические реакции: _____

Противопоказания: Антибиотики группы пенициллинов

Фамилия, имя, отчество: ПРОКОПЬЕВ ПРОКОПИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ

Дата рождения: 27.02.1988

Домашний адрес: Мордовия, Рузаевский, Рузаевка.

Телефон: 77777 моб. +7777777777

Место работы, род занятий: Отделение железной дороги - Вагонное депо / КЛАДОВЩИК ГСМ

Палата: Палата 1

Дата начала лечения: 20.06.2012

Дата окончания лечения: _____

Диагноз при поступлении: _____

Диагноз клинический заключительный: Спондилез, спондилоартроз поясничного отдела позвоночника. Протрузии дисков L4-L5, L5-S1. Состояние после микродискэктомии L5-S1, лазерной реконструкции дисков, код: M51.1;

Хирургические операции, методы обезболивания:

| Название операции | Дата, час | Метод обезболивания |
|-------------------|-----------|---------------------|
| 1. | | |

Листок нетрудоспособности: _____

Исход лечения: выздоровление - 1; улучшение - 2; без перемен - 3; ухудшение - 4; здоров - 5; умер - 6.

Подпись лечащего врача: _____ / Петров Пётр Петрович - Врач-терапевт участковый

Подпись заведующего отделением: _____ / Павлов Павел Павлович - зав.

Электронный вариант – «Первичная документация» - «История болезни»
- «Показать» - «Печать карты дневного стационара» [PR_IB_F003_2_u_88_2]

История развития новорождённого / Форма № 097/у (лист 1)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКТО

Министерство здравоохранения
СССРМедицинская документация
Форма № 097/у**Тестовое ЛПУ**Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

(наименование медицинского учреждения)

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО № 6

| | Мать | Отец | Ребенок |
|----------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Группа крови: | AB(IV)0 | A2(II)B | A(II)B |
| Резус-принадлежность | положительная | слабоположительная | отрицательная |

Фамилия, имя, отчество матери ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА (30.10.1989)

Возраст 21

Национальность Профессия СЛЕСАРЬ-РЕМОНТНИК

Брак зарегистрирован: в браке зарегистрированном

Постоянное место жительства Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23

| | Дата | Время | Приемный журнал № 6 |
|-----------|--------------------|----------|------------------------------|
| Родился | 09.02.2011 | 03:15:00 | Палата ребенка № 3 |
| Поступил | 09.02.2011 | | Кровать ребенка № 1 |
| Выписан | 13.02.2011 | | Палата матери № 3 |
| Умер | | | Кровать матери № 1 |
| Переведен | | | Ребенок переведен в палату № |
| Куда | Областная больница | | кровать № |
| | | | Дата перевода |

Наследственность со стороны матери не отягощена не связанная с беременностью
отца не отягощена

Гинекологический и акушерский анамнез

Которая беременность 3-я которые роды 1

Заболевания, осложнения во время беременности

Роды: продолжительность I периода 14 ч. 10 мин. II периода 7 ч. 20 мин. III периода
особенности течения, операции 1 вид обезболивания

Безводный промежуток 4 часов 20 минут

характеристика околоплодных вод прозрачные

История развития новорождённого / Форма № 097/у (лист 2)

Стр. 2 ф. № 097/у

Состояние ребенка

| Пол | Родился живой, мертвый | Доношенный, недоношенный | Масса (вес), г | Рост, см | Окружность | | Асфиксия | |
|---------|------------------------|--------------------------|----------------|----------|------------|-----------|------------------------|----------------|
| | | | | | голова, см | грудь, см | Продолжительность, мин | Меры оживления |
| Мужской | Живой | Доношенный | 3900 | 50 | 36 | 36 | 1 | |

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

| Время после рождения | Сердцебиение | Дыхание | Тонус мышц | Рефлексы | Окраска кожи | Оценка в баллах |
|----------------------|--------------|---------|------------|----------|--------------|-----------------|
| 1-я минута | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 9 |
| 5-я минута | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 8 |
| 15-я минута | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 8 |

Состояния ребенка в родильном отделении

| Температура, °С | | | |
|-----------------|-------|----------|--------|
| 30 минут | 1 час | 1,5 часа | 2 часа |
| | | | |

Пороки развития нет

Родовые травмы нет

Профилактика гонобленореи (название медикамента, часы)

Дежурная акушерка Грибова Раиса Сидоровна - Акушерка Дежурный врач Дублированный Илья Борисович - Врач-акушер-гинеколог

Ребенок переведен в отделение новорожденных 09.02.2011 г. час. мин.

(дата перевода)

Состояние ребенка при переводе из родзала удовлетворительное

цвет кожных покровов Розовые

характер крика Громкий, эмоциональный

Ребенка сдала акушерка Грибова Раиса Сидоровна - Акушерка

Приняла и проверила обработку мед. сестра Медсестра Медсестра - Младшая медицинская сестра по уходу за больными

Диагноз предварительный Преходящий илеус у новорожденного (P76.1)

Диагноз заключительный Преходящий илеус у новорожденного (P76.1)

Сопутствующий диагноз Сальмонеллезная инфекция неуточненная (A02.9)

Эпикриз

Состояние ребенка при выписке

Рекомендации участковому врачу

Дата

Передала ребенка

(подпись мед. сестры)

Приняла ребенка

(подпись мед. сестры)

Справку о рождении ребенка получила _____
(подпись матери)

Детская поликлиника № _____ о выписке ребенка извещена.

_____ г.

Телефонограмму передала _____ Приняла _____

Электронный вариант – «Первичная документация» - «История развития новорождённого» [PR_sformD1NewBound]

Первичный осмотр новорождённого / Форма № 097/у (лист 3)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Стр. 3 ф № 097/у

Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных детей

Дата и время: 21.05.2012 : 15:56:45

Общее состояние: Удовлетворительное

Видимые слизистые: чистые, розовые

Пуповинный остаток: чистый, под корочкой, не кровоточит

Головка:

Форма грудной клетки: правильная

Дыхание: ЧД: 30 характер: пузырьное

Сердце: перкуторные границы в пределах нормы ЧСС: 140

Нервная система: мышечный тонус сохранён

Органы брюшной полости:

Отхождение мекония: Отошел

Мочиспускание: Мочился

Наружные половые органы: По мужскому типу Описание: сформированы правильно

Наличие ануса: Да

Состояние тазобедренных суставов: Движение в полном объеме

Заключение:

Назначение и их обоснования:

режим пребывания

характер вскармливания

обследования

медикаментозные назначения

Основной диагноз

Врожденное отсутствие голени и стопы

Код МКБ

Q72.2

Электронный документ – Из документа **«История развития новорождённого» - «Неонатология» - «Первичный осмотр новорождённого»** (PR_sformD1NewBoundFirstTime)

Данные наблюдения медсестрой за новорождённым / Форма № 097/у (лист 4)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Стр. 4 ф № 097/у

Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденным

Дата выполнения 09.02.2011

Родился 09.02.2011 03:15

| Дата | День жизни | Температура | Масса (вес) | Изменение состояния | | | Активность сосательного рефлекса | Характер стула | Мочепускание | Время отпадения пуповины | Состояние пупочной ранки | Подпись | |
|------------|------------|-------------|-------------|----------------------------|-----------|--------|----------------------------------|----------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---|-----------------|
| | | | | наличие приступов асфиксии | Слизистая | | | | | | | | кожных покровов |
| | | | | | глаз | рта | | | | | | | |
| 09.02.2011 | 1 | 37 | 3600 | Нет | чистая | чистая | Нормальное по всему телу | хороший | меконий | | чистая | Прохорова Нина Александровна - медицинская сестра | |
| | | 37 | | | | | | | | | | | 3610 |
| 10.02.2011 | 2 | 37,2 | 3610 | | | | | | | | | | |
| | | 37,1 | 3600 | | | | | | | | | | |
| 11.02.2011 | 3 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 12.02.2011 | 4 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 13.02.2011 | 5 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 14.02.2011 | 6 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 15.02.2011 | 7 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Вакцинация

| Вакцина | Дата | День жизни | Доза | Название вакцины | Производитель | № серии вакцины | Срок годности | Реакция на прививку | Подпись |
|--------------------|------------|------------|------|------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------------|---|
| Против туберкулеза | 10.02.2011 | 1 | 0,5 | БЦЖ | Россия | 65465 | 30.12.2012 | нет | Прохорова Нина Александровна - медицинская сестра |
| Против гепатита В | 14.02.2011 | 5 | 0,2 | Шанвак-В | Россия | 123 | 30.12.2012 | нет | |

Вакцинация не проводилась (указать причину)

Взятие крови на выявление наследственных заболеваний Да

Обследование на фенилкетонурию Да

Дата 10.02.2011

Дата 10.02.2011

Печать: 24.05.2012 13:33:50 - DevTeam

Электронный документ – Из документа «История развития новорожденного» - «Неонатология» - «Данные наблюдения медсестрой за новорождённым» (PR_sformD1NewBoundNurse)

Вскармливание новорождённого / Форма № 097/у (лист 5)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Стр. 5 ф. № 097/у

Вкладной лист к "Истории новорожденного № 6 "

фамилия, имя, отчество матери ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНАВскармливание новорожденного
(учет в граммах)

| День жизни | 1 | | | 2 | | | 3 | | | 4 | | | 5 | | |
|-----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|--|
| | 09.02.2011 | | | 10.02.2011 | | | 11.02.2011 | | | 12.02.2011 | | | 13.02.2011 | | |
| Вид докорма | Смесь №1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Часы кормления | грудно е | до-корм | Часы кормления | грудно е | до-корм | Часы кормления | грудно е | до-корм | Часы кормления | грудно е | до-корм | Часы кормления | грудно е | до-корм | |
| В 09:00:00 час. | 30 | 10 | В час. | | | |
| В 12:00:00 час. | 40 | 20 | В час. | | | |
| В 14:15:00 час. | 40 | 20 | В час. | | | |
| В 16:30:00 час. | 50 | | В час. | | | |
| В 19:15:00 час. | 50 | | В час. | | | |
| В 22:30:00 час. | 50 | | В час. | | | |
| В 03:15:00 час. | 40 | | В час. | | | |
| В 06:30:00 час. | 20 | 20 | В час. | | | |
| Всего | 320 | 70 | Всего | 0 | 0 | |

продолжение

| День жизни | 6 | | | 7 | | | 8 | | | 9 | | | 10 | | |
|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|----------------|------------|---------|--|
| | 14.02.2011 | | | 15.02.2011 | | | 16.02.2011 | | | 17.02.2011 | | | 18.02.2011 | | |
| Вид докорма | | | | | | | | | | | | | | | |
| Часы кормления | грудно е | до-корм | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | В час. | | | |
| Всего | 0 | 0 | |

Электронный документ – Из документа «История развития новорожденного» - «Неонатология» - «Вскармливание» (PR_sformD1NewBoundFeeding)

История родов / Форма № 096 (лист 1)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

| | |
|---|---|
| RW: _____; ИФА: _____; Гепатит В: _____; Гепатит С: _____; Санобработка: _____; Педикулез отсутствует | |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации Тестовое ЛПУ | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ форма № 096/У Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 № 1030 |
| ИСТОРИЯ РОДОВ № 3 | |
| Балльная оценка риска: 2 | |
| Фамилия, имя, отчество <u>ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА</u> Возраст <u>21</u> дата рождения - <u>30.10.1989</u> | |
| Национальность _____ | |
| Поступила <u>23.08.2011 01:10:46</u> | Группа крови <u>A(II)B</u> Резус-принадлежность <u>отрицательная</u> |
| Выбыла _____ | Гемоглобин _____ |
| Проведено койко-дней _____ | Титр-антител _____ |
| Отделение <u>Гинекологическое отделение</u> | Аллергические реакции <u>нет</u> |
| Палата № _____ | Исследование на гонорею _____ |
| Кем направлена <u>Городская поликлиника №3 / Женская консультация - Григорьев Григорий Григорьевич - врач-акушер-гинеколог</u> | |
| Полис ОМС: <u>Адмирал-Мед (фил. СМК АСК-Мед) Ростовский областной ТФОМС/116012 / 134134 22 / 756</u> , Полис ДМС: _____ | |
| Оплата проводится по : <u>ОМС, плательщик - Адмирал-Мед (фил. СМК АСК-Мед) Ростовский областной ТФОМС/116012</u> | |
| Паспортные данные: <u>Паспорт гражд.анина России серия 8600 №999968 выдан ОВД г.Петрозаводск 28.10.2007</u> | |
| Постоянное место жительства (по прописке): <u>1 - город Карелия Респ., г.Петрозаводск, ул. Антонов д.2 кв.23</u> | |
| Адрес (ф.актически проживает): <u>Карелия Респ., г.Петрозаводск, ул. Антонов д.2 кв.23</u> | |
| Семейное положение: <u>в браке зарегистрированном</u> | |
| Информация о родственниках: <u>afawafad f</u> | |
| Место работы, профессия, должность беременной, роженицы <u>Металлургический завод ОАО - МЕХАНИЧЕСКИЙ ЦЕХ / СЛЕСАРЬ-РЕМОНТНИК</u> | |
| Дол. место работы (совмещение) ЗАО "САМСОН ПЛЮС" | |
| Образование <u>Средне-техническое</u> | |
| Посещала врача (акушерку) во время беременности: <u>Да</u> | |
| Сколько раз: _____ Наименование консультации <u>Женская консультация</u> | |
| Диагноз направившего учреждения <u>Беременность двойней (O80.0)</u> | |
| Диагноз при поступлении _____ () | |
| Диагноз клинический <u>Срочные первые роды. Дородовое излитие околоплодных вод. Угроза разрывов промежности. Элизиотомия. Элизиорафия. Родовозбуждение. Родостимуляция. Резус-отрицательная принадлежность крови без антител от 25.07.2011 (O80.9)</u> | |
| Диагноз заключительный <u>Срочные первые роды. Дородовое излитие околоплодных вод. Угроза разрывов промежности. Элизиотомия. Элизиорафия. Родовозбуждение. Родостимуляция. Резус-отрицательная принадлежность крови без антител от 25.07.2011 (O80.9)</u> | |
| Осложнения в родах, после родов _____ | |
| Название операций и пособий _____ | |
| Выбыла (усход): _____ | |
| Рост <u>165</u> см Вес <u>75</u> кг Т <u>36,6</u> С° | Течение родов |
| Которая беременность <u>2</u> , роды <u>2</u> | Схватки начались <u>23.08.2011 21:15</u> |
| Последняя менструация <u>07.08.2011</u> | Воды отошли <u>23.08.2011 20:15</u> |
| Первое шевеление плода <u>21.07.2011</u> | Качество и количество вод <u>светлые, прозрачные</u> |
| D. Sp <u>30</u> D. Cr <u>32</u> | Полное открытие _____ |
| D. Tr <u>38</u> | Начало потуг <u>24.08.2011 01:00</u> |
| Таз: conjugata externa <u>13</u> см., conjugata diagonalis <u>11</u> см. | Ребенок родился: |
| conjugata vera <u>10</u> см. | Первый <u>24.08.2011 01:45:00</u> |
| Окружность живота <u>92</u> см. | живой головкой |
| Высота дна матки <u>38</u> см. | Пол <u>мужской</u> масса (вес) <u>3500</u> рост <u>51</u> |
| Положение плода, позиция и вид <u>продольное</u> | Окружность головы _____ см, груди _____ см. |
| Сердцебиение плода, место, число ударов <u>154 в 1 минуту, ясные, ритмичные справа и ниже пупка</u> | Второй <u>24.08.2011 02:15:00</u> |
| Предлежащая часть <u>головка</u> | живой ягодицами |
| Где находится <u>прижата ко входу в малый таз</u> | Пол <u>женский</u> масса (вес) <u>3100</u> рост <u>47</u> |
| Родовая деятельность <u>отсутствует</u> | Окружность головы <u>28</u> см, груди <u>28</u> см. |
| Предполагаемый вес плода <u>3496</u> | |
| Подпись акушерки _____ (Грибова Ранса Сидоровна - акушерка) | |
| <small>Отдел учета и контроля медицинской информации системы</small> | |

История родов / Форма № 096 (лист 2)

| | |
|--|--|
| <p>Профилактика гонобленореи новорожденного произведена Сульфацил-натрий 30%</p> <p>Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар баллов</p> <p>Послед выделился: применен прием Абуладзе через 15:00</p> <p>Детское место целое</p> <p>Оболочки все</p> <p>Пуповина: длина 40 см, обвитие вокруг особенности</p> <p>Кровопотеря в родах 250 мл.</p> <p style="text-align: center;">АНАМНЕЗ</p> <p>Общие заболевания Простудные</p> <p>Здоровье мужа здоров</p> <p>Менструация: с 13 лет по 4 дней, через 28 дней.</p> <p>Начало половой жизни с 20 лет</p> <p>Гинекологические заболевания Отрицает УЗИ</p> <p>Дата 12.10.2011, беременность 35 недель, плацента расположена спереди, толщина 18 мм, степень зрелости зрелая, особенности , кол-во в од норма Допплерометрия: JR артерий пуповины , правая маточная артерия , левая маточная артерия , средняя мозговая артерия</p> <p>Предыдущие беременности.</p> <p>Число беременностей 1, из них закончились самопроизвольными родами 1, абортми 0, выкидышем 0, кесаревыми сечениями . Последняя беременность была в 2007. Закончилась: родами срочными.</p> <p>Были ли осложнения в родах нет, после родов нет, после абортов нет. Перенесенные заболевания: гинекологические заболевания. Перенесенные операции, переливание крови: не были.</p> <p>Другие особенности предыдущей беременности:</p> <p>Сколько детей живых 1, мертворожденных 0, умерло 0</p> | <p>Психопрофилактическая подготовка, медикаментозное обезболивание: чем</p> <p>эф фект частичный</p> <p>Продолжительность родов.</p> <p>Общая 20 ч. 20 мин., I период 10 ч. 10 мин. II период 7 ч. 10 мин., III период 3 ч. 0 мин. Длительность безводного периода 5 ч. 30 мин.</p> <p>Приняла ребенка (акушерка, врач) Григорьев Григорий Григорьевич - врач-акушер-гинеколог</p> <p>Послед осматривал Григорьев Григорий Григорьевич - врач-акушер-гинеколог</p> <p>Дежурный врач Григорьев Григорий Григорьевич - врач-акушер-гинеколог</p> <p>Акушерка Грибова Раиса Сидоровна - акушерка</p> <p>Течение и осложнения настоящей беременности без осложнений</p> <p>Общая прибавка 7 кг</p> <p>Состояние при поступлении.</p> <p>Данные наружного осмотра: удовлетворительное, кожные покровы чистые, отеков нет</p> <p>Сердце тоны ясные</p> <p>Пульс 84 в 1 минуту</p> <p>АД на правой руке левой 120 / 80 мм.рт.ст. на левой 110 / 70 мм.рт.ст.</p> <p>Органы дыхания дыхание везикулярное, хрипов нет</p> <p>Органы пищеварения без патологии</p> <p>Мочевая система без патологии</p> <p>Подпись врача, выполневшего осмотр Врач В. В.</p> |
|--|--|

Печать: 21.05.2013 12:55:00. DocTeam

Электронный вариант – «Первичная документация» - «История родов»
[PR_sformD1ibRod]

Осмотр врача акушера-гинеколога роженицы / Форма №096/у (лист 2)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

стр. 2 ф. N 096-у

Осмотр врача акушера-гинеколога (первичный)

Ф.И.О:ТЕСТОВАЯ АННА ИВАНОВНА (06.06.1958)

Жалобы: на боли в животе

Анамнез.

Общие заболевания **гастрит**

Здоровье мужа **в норме**

Менструации установились с **14 лет** по 5 дней, через **25 дней**.

умеренные, безболезненные

Последняя нормальная менструация **09.07.2009**.

Половая жизнь: с **18 лет**, предохраняется ли от беременности: **да**

Гинекологические заболевания **нет**

Предыдущие беременности.

Число беременностей **0**, из них закончились родами, абортми, выкидышем. Последняя беременность была в . Закончилась: . Были ли осложнения в родах, после родов, после абортов. Перенесенные заболевания: **гинекологические заболевания**

Перенесенные операции, переливание крови: **были**. Другие особенности предыдущей беременности:

Сколько детей живых, мертворожденных, умерло .

Течение и осложнения настоящей беременности.

Которая беременность **1**

Описание **тестовое описание первой беременности**

Состояние при поступлении.

Данные наружного осмотра **без особенностей**, влагалище узкое, свободное.

Т тела **36,6 С** общее состояние **удовлетворительное**

Наружные покровы, слизистые **обычного цвета**

Органы кровообращения: пульс **85** в 1 минуту

Артериальное давление на правой руке **90 / 120** мм.рт.ст., на левой **90 / 120** мм.рт.ст.

сердце (тоны) **ясные**

Органы дыхания **Грудная клетка правильной формы, дыхание свободное, ритмичное, _ в минуту.**

Органы пищеварения **Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.**

Мочевая система **Почки не пальпируются, поколачивание по пояснице безболезненное с обеих сторон.**

Моча при кипячении

Основной диагноз

Беременность двойней

Код МКБ

O30.0

Подпись врача: _____ /
(подпись)

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Гинекология» - «Первичный осмотр врача гинеколога» [PR_sformFirstPosGenRod]**

Медицинская карта прерывания беременности / Форма № 003-1/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

| | |
|--|---|
| Министерство здравоохранения Российской Федерации <u>Тестовое ЛПУ</u> | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма № 003-1/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 № 1030 |
| МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ № 3 | |
| <p>1. Учетная форма N 003-1/У заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме аборт по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного учетная форма N 003. В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме N 3 (карта стационарного больного).</p> <p>2. Ответы должны быть даны на все указанные в карте вопросы путем подчеркивания в случаях нескольких возможных ответов и вписывания недостающего.</p> | |
| <p>1. Фамилия, имя, отчество <u>СИДОРОВА НАТАЛЬЯ МИХАЙЛОВНА</u></p> <p>Полис ОМС: <u>Альфа-Гарант/ТФОМС Приморского края//110502 / ВН 987546</u> Полис ДМС: _____ Оплата проводится по: <u>Альфа-Гарант/ТФОМС Приморского края//110502</u> Паспортные данные: _____</p> <p>Группа крови <u>A2(II)B</u> Резус-принадлежность <u>положительная</u> Реакция Вассермана Исследование на гонорею _____ Поступила по направлению _____</p> <p>Санобработку <u>прошла</u></p> <p>Дата поступления <u>27.04.2012</u> Дата выписки _____ Проведено койко-дней _____</p> <p>Отделение <u>Гинекологическое отделение</u> палата N (профиль койки - <u>Гинекологический</u>) Возраст <u>56 лет, дата рождения - 05.12.1955</u>, семейное положение: _____</p> <p>Постоянное место жительства (по прописке): <u>Москва г, пер. Яблонный д.2 кв.33</u> Адрес (фактически проживает): <u>Москва г, пер. Яблонный д.2 кв.33</u> Место работы, профессия или должность <u>Предприятие "ПП" - /</u> Диагноз при поступлении <u>Беременность 10 недель</u></p> <p style="text-align: center;">Подпись акушерки _____ Подпись врача _____</p> <p>Диагноз клинический <u>Беременность 9 недель (004.9)</u></p> <p>Диагноз при выписке основной: _____ Код МКБ 004.9 Беременность 9 недель осложнение основного: _____ Код МКБ сопутствующий _____ Код МКБ</p> | |

Отпечатано при помощи Карельской медицинской информационной системы

Электронный вариант – «Новый документ» - «Первичная документация» - «Медицинская карта прерывания беременности» [PR_sformD1ibAbort]

Первичный осмотр гинеколога перед абортom / Форма № 003-1/у (лист 2)

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

стр. 2 ф. N 003-1/у

Осмотр врача акушера-гинеколога (первичный)
Ф.И.О.:ТЕСТОВАЯ АННА ИВАНОВНА (06.06.1958)

Жалобы: на боли в животе

Анамнез. Менструации установились с 14 лет по 5 дней, через 25 дней.

Скудные, умеренные, обильные, болезненные, безболезненные.

Последняя нормальная менструация 17.07.09.

Половая жизнь: с 18 лет, предохраняется ли от беременности: да

Которая беременность 1

Число беременностей 0, из них закончились родами 0, абортами 0, выкидышем 0.

Последняя беременность была в . Закончилась: 0

Были ли осложнения в родах

после родов , после абортов

Перенесенные заболевания: гинекологические заболевания

Перенесенные операции, переливание крови: были

Причины настоящего аборта: нежелание иметь ребенка

Состояние
при поступлении

Т град. тела 36,6 С° общее состояние удовлетворительное

Наружные покровы, слизистые обычного цвета

Органы кровообращения: пульс 95 в 1 минуту

артериальное давление 80 / 120 мм.рт.ст.

сердце (тоны) ясные

Органы дыхания Грудная клетка правильной формы, дыхание свободное, ритмичное, _ в минуту.

Органы пищеварения Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Стул Стул регулярный, оформленный, обычной окраски, _ раз в сутки. Органы мочеотделения

Почки не пальпируются, поколачивание по пояснице безболезненное с обеих сторон.

Влагалищное
исследование

Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое,
свободное.

Шейка матки цилиндрической, конической формы

Слизистая влагалища и шейка чистая

Наружный зев чистая

Тело матки в положении антефлексии, увеличено до 5 недель беременности, мягкой
консистенции, подвижно, неподвижно, болезненно, безболезненно при пальпации.

Левые придатки без особенностей

Правые придатки без особенностей

Своды свободны

Выделения: умеренные

Основной диагноз

Беременность двойней

Код МКБ

O30.0

Подпись врача: _____ / Administrator
(подпись)

Электронный вариант – «Новый документ» - «Гинекология» - «Первичный
осмотр врача гинеколога перед абортom» [PR_sformFirstPosGenAbort]

| Осложнения диализного лечения (заполняется ежемесячно, указывается количество осложнений за месяц) | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|---------|------|--------|-----|------|------|--------|----------|---------|--------|---------|
| Наименование осложнений | январь | февраль | март | апрель | май | июнь | июль | август | сентябрь | октябрь | ноябрь | декабрь |
| Синдиализная гипотония. Количество осложнений за месяц | | | | | | | | | | | | |
| Синдиализная гипертония. Количество осложнений за месяц | | | | | | | | | | | | |
| Синдиализная стенокардия. Количество осложнений за месяц | | | | | | | | | | | | |
| Синдиализная аритмия. Количество осложнений за месяц | | | | | | | | | | | | |

| Коррекция анемии (заполняется ежемесячно, на конец месяца) | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|---------|------|--------|-----|------|------|--------|----------|---------|--------|---------|
| Наименование показателей | январь | февраль | март | апрель | май | июнь | июль | август | сентябрь | октябрь | ноябрь | декабрь |
| Название препарата эритропоэтина | | | | | | | | | | | | |
| Доза и способ введения (л/к, в/м, эритропоэтина ЕД/кг в/нед.) | | | | | | | | | | | | |
| Парезис эритроцитарной массы, мл | | | | | | | | | | | | |
| Название препарата железа | | | | | | | | | | | | |
| Доза препарата железа (мг/нед.) | | | | | | | | | | | | |
| Способ введения препарата железа: в/в, в/у, в/к | | | | | | | | | | | | |
| Внутримышечно | | | | | | | | | | | | |
| Внутривенно | | | | | | | | | | | | |
| В насыщении железом трансферрина Ferritin | | | | | | | | | | | | |

Электронный вариант – «Новый документ» - «Нефрология» - «Карта динамического наблюдения диализного больного» [PR_sformDinDialWatch]

Амбулаторные первичные документы

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях / Форма № 025/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014.

Наименование медицинской организации
Тестовое "ЛПУ"
Адрес г. Петрозаводск, ул. Ленина, дом 1, корп 10

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма N 025/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N 19477

- Тестовый участок три**
1. Дата заполнения медицинской карты: 01.10.2015
 2. Фамилия, имя, отчество **АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА**
 3. Пол: муж. - 1 4. Дата рождения: **12.04.1970**
 5. Место регистрации:
Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Парниковая д.2 кв.23 тел. 787878
 - Адрес по месту пребывания: Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Парниковая д.2 кв.23
 6. Местность: городская - 1.
 7. Полис ОМС: серия 325 № 2222222222222222224 8. СНИЛС: 000-000-000 00
 9. Наименование страховой медицинской организации: ЗАО МСК МАКС-М ФИЛИАЛ В Г. ЧЕРКЕССКЕ (Карачаево-Черкесская Республика)
 10. Код категории льготы: 128 11. Документ: Паспорт гражданина России: серия 34 54 № 675653
 12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

| Дата начала диспансерного наблюдения | Дата прекращения диспансерного наблюдения | Диагноз | Код по МКБ-10 | Врач |
|--------------------------------------|---|---------|---------------|------|
| | | | | |
| | | | | |

стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1
14. Образование: профессиональное: высшее - 1
15. Занятость: Работает - 1
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата): первичная , группа _____ , дата установки _____
17. Место работы, должность: Завод Снежок Цех 2 / ВЕДУЩИЙ ИНЖЕНЕР
18. Изменение места работы: 25.04.2016 Завод Снежок Цех 2 - ВЕДУЩИЙ ИНЖЕНЕР
19. Изменение места регистрации: 25.04.2016 Карелия. Петрозаводск ул. Парниковая д. 2 кв. 23
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточненные) диагнозы | Установленные впервые или повторно (+/-) | Врач |
|--------------------------|--------------------------------------|--|----------------------|
| 29.04.2016 | A01.4 Паратиф неуточненный | + | Иванов Иван Иванович |

21. Группа крови O(II)αβ 22. Rh-фактор положительная 23. Аллергические реакции ппта оглнгшл8г

Электронный вариант – «Новый документ» - «Первичная документация» -
«Амбулаторная карта» - «Печать» [PR_AK_SPECFORM_01]

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--|
| но | | | | | | | | | |
| Явился | | | | | | | | | |
| Назначе но | | | | | | | | | |
| Явился | | | | | | | | | |
| Назначе но | | | | | | | | | |
| Явился | | | | | | | | | |
| Назначе но | | | | | | | | | |
| Явился | | | | | | | | | |
| <p>13. Дееспособен: да – 1 нет – 2 14. Опек (попечительство): да – 1 нет – 2 15. Обследование на ВИЧ: результат положительный – 1; дата выявления впервые в жизни результат отрицательный – 2; не обследован – 3 16. Диагноз с датой установления и пересмотра:</p> | | | | | | | | | |
| Число, месяц год | Диагноз | | | | Код в соотв. С V классом МКБ-10 | Код основного заболевания (+) (применяется при двойной кодировке) | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 17. Сведения о госпитализациях: | | | | | | | | | |
| № п/п | Цель госпитализации <*> | Дата поступления (число, мес., год) | Дата выезда (число, мес., год) | Код в соотв. С V классом МКБ-10 | Код основного заболевания (+) (применяется при двойной кодировке) | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <*> Цель госпитализации: лечение – 1; принудительное лечение – 2; экспертиза: трудовая – 3; военная – 4; судебная – 5; наркологическая – 6; другая – 7; прочие цели – 8 | | | | | | | | | |
| 18. Отметки о случаях временной нетрудоспособности (для работающих) | | | | | | | | | |
| № п/п | Дата открытия больничного листа | Дата закрытия больничного листа | Число дней ВН | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 19. Для инвалидов по психическому заболеванию: | | | | | | | | | |

| Дата установления или пересмотра | Группа инвалидности | Срок очередного переосвидетельствования | Для работающих – место работы <*> | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--|---------------------------------|---------|---------------------------------|---------|---------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <*> Общее производство – 1; спеццех – 2; ЛТМ – 3; ЛПП – 4; прочее – 8 | | | | | | | | | |
| 20. Суицидальные попытки: | | | | | | | | | |
| № п/п | Дата совершения (число, мес., год) | № п/п | Дата совершения (число, мес., год) | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 21. Судимости до обращения к психиатру (наркологу): да – 1; нет – 2 | | | | | | | | | |
| 22. Общественно-опасные деяния: | | | | | | | | | |
| № п/п | Дата совершения ООД (число, мес., год) | Статья УК РФ | № п/п | Дата совершения ООД (число, мес., год) | Статья УК РФ | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 23. Заполняется в случае принудительного лечения: | | | | | | | | | |
| № п/п | Дата решения суда о начале принуд. лечения | Вид <*> | Дата изменения вида (продления) | Вид <*> | Дата изменения вида (продления) | Вид <*> | Дата изменения вида (продления) | Вид <*> | Дата изменения вида (продления) |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| <*> Виды принудительного лечения: амбулаторное - 1; в психиатрическом стационаре: общего типа - 2; специализированного типа - 3; специализированного типа с интенсивным наблюдением - 4. | | | | | | | | | |
| 24. Динамика состояния: | | | | | | | | | |
| № п/п | Дата начала ремиссии (число, мес., год) | Дата окончания ремиссии (число, мес., год) | Длительность ремиссии | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25. Дата закрытия карты: | | | | | | | | | |
| 26. Причина прекращения наблюдения: | | | | | | | | | |
| выздоровление (значительное и стойкое улучшение) | – 1 | | | | | | | | |
| снятие диагноза психического заболевания | – 2 | | | | | | | | |
| выезд в другой район | – 3 | | | | | | | | |
| передача под наблюдение в другое учреждение | – 4 | | | | | | | | |
| выбытие в стационарное учреждение социального обслуживания | – 5 | | | | | | | | |
| смерть | – 6 | | | | | | | | |
| только для больных, находившихся под дистансным наблюдением: отсутствие сведений в течение длительного времени | – 7 | | | | | | | | |
| только для больных, получавших консультативно-лечебную помощь не обращаясь за помощью в течение года | – 8 | | | | | | | | |

Медицинская карта больного туберкулёзом Форма № 081/у

Утверждена приказом Минздрава СССР №1030 от 04.10.1980

Министерство здравоохранения СССР
Наименование учреждения здравоохранения (по месту
диспансерного учета)

Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 081/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 № 1030

Медицинская карта № 8 больного туберкулёзом

Дата взятия на эпид. учет 20.05.2013
Дата снятия с эпид. учета _____
Участок № _____
Фамилия, имя, отчество АБРАМОВ АБРАМ АБРАМОВИЧ пол Мужчина
Дата рождения 01.08.1985
Адрес больного Брянская обл. Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Западная д.495 кв.345

Министерство здравоохранения СССР
 Наименование учреждения здравоохранения (по месту
 диспансерного учета)

Код учреждения по ОКПО _____
 Медицинская документация
 Форма № 081/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 № 1030

Медицинская карта № 8 больного туберкулезом

Дата заполнения

Фамилия, Имя, Отчество А БРАМОВ АБРАМ АБРАМОВИЧ
заполняется полностью фамилия, имя, отчество

Место работы (для детей ясли, детсад, школа) Металлургический завод ОАО

Отрасль промышленности цех

профессия

Инвалидность

Причина

Группа инвалидности

Перемена адреса, места работы и профессии

| Перемена адреса | | Перемена места работы | |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Дата | Новый адрес | Дата | Новое место работы |
| 18.02.2015 | Майкоп, ул. Ленина, дом 1 | 18.02.2015 | Отделение железной дороги |

Сколько лет живет в данном городе 1. Если живет временно, то адрес постоянного местожительства в Брянская обл., Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Западная д.495 кв.345 телефон: _____. Число комнат 2; Комната Светлая; Квартира Отдельная. С комнате Один

Случаи заболевания туберкулезом в семье есть; Контакт с ТБК больным (с кем, в каком возрасте) дядя

Наименование учреждения, направившего больного Городская поликлиника №1

Заболевание выявлено при Проф осмотре

Основной диагноз

хронический туберкулез лёгких в фазе распада. BK+

Код МКБ

A15.0

Осложнение основного диагноза

Код МКБ

Сопутствующий диагноз

Код МКБ

| Перенесенные заболевания | В возрасте |
|---------------------------|---------------------|
| Ангина, Скарлатина | 10 лет |
| | 12 лет |
| Сопутствующие заболевания | Хронический бронхит |

Материнство

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|--|
| Сколько беременностей | | Родилось живых детей | |
| Мертворожденных | | Абортов искусственных | |
| Самопроизвольных абортов | | Течение последней беременности | |
| Менструация с (лет) | | Расстроившая с (лет) | |

Развитие организма (для детей)

| | | | |
|--|-----------|------------------|--------|
| Который по счету | 2 | Вес при рождении | 3500 г |
| Родился в срок | Да | | |
| Грудное вскармливание до | 10 мес | Трикармливание с | 5 мес |
| В настоящее время питание | Смешанное | | |
| Возраст прорезывания зубов | 5 мес | Начал сидеть | 5 мес |
| Начал ходить | с 11 мес | | |
| Рос | Крепким | | |
| Вакцинация против туберкулеза при рождении | БЦЖ | | |
| Вакцинация в последующие годы (когда) | 7 лет БЦЖ | | |

| | |
|--|---|
| Жалобы больного | на кашель |
| Общее самочувствие | Удовлетворительное |
| Работоспособность | Неработоспособен |
| Аппетит | Плохой |
| Похудание | Да |
| Температура | Нормальная |
| Поты | Есть |
| Кашель | С гнойной мокротой сколько времени 2 мес |
| Одышка | Есть |
| Кровохарканье | 1 раз |
| Голос | Крипкий |
| Боль в горле | Независимо от еды |
| Начало и течение данного заболевания | Начало заболевания |
| Когда впервые обнаружены заболевание, БК и каверны | 16.12.2014 |
| Характер и длительность проводившегося лечения химиотерапии | 03.02.2015 |
| ИП | 04.02.2015 |
| ПП | 05.02.2015 |
| хирургического вмешательства | 06.02.2015 |
| | 07.02.2015 |
| Осложнения (побочные явления, осложнения активных методов лечения) | Осложнения |

Исследование больного

| Рост | Вес | Окружность | T° | Пульс |
|-------|--------|------------|------|-------|
| 85 кг | 170 см | 80 см | 37.3 | 88 |

| | |
|-------------------------------------|---------|
| Кожа и слизистые | бледные |
| Кости, суставы и мышцы | кости |
| Пищеварительный аппарат | норма |
| Печень | норма |
| Селезенка | норма |
| Сердце | норма |
| Периферические сосуды | норма |
| Нервная система | норма |
| Мочеполовая система | норма |
| Отклонения от норм в прочих органах | норма |

Лимфатические железы

| Группа | Сторона | Размер | Консистенция | Рубцы |
|---------------|---------|--------|--------------|-------|
| Шейные | норма | норма | норма | норма |
| Затылочные | норма | норма | норма | норма |
| Подчелюстные | норма | норма | норма | норма |
| Подбородочные | норма | норма | норма | норма |
| Надключичные | норма | норма | норма | норма |
| Подмышечные | норма | норма | норма | норма |
| Горачальные | норма | норма | норма | норма |
| Локтевые | норма | норма | норма | норма |
| Паховые | норма | норма | норма | норма |

Состояние трудоспособности больного

| Учет в ременной нетрудоспособности | | | Диагноз | Динамика стойкой нетрудоспособности | | |
|------------------------------------|----|----|---------|-------------------------------------|---------------------|---|
| Дата выдачи больничных листов | | | | Дата освидетельствования во ВТЭК | Группа инвалидности | Вследствие туберкулеза, др. заболеваний (указать) |
| с | с | с | | | | |
| 10.02.2015 | по | по | | | | |
| 20.02.2015 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ЭПИКРИЗ

| |
|--|
| |
|--|

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАРИНГОЛОГОМ, БРОНХОЛОГОМ

| | |
|--|-------------------|
| Жалобы больного | нет |
| сухость в горле | |
| Боль | независимо от еды |
| Голос | хриплый |
| <i>Данные осмотра</i> | |
| Уши | норма |
| Нос | норма |
| Глотка | норма |
| Гортань | норма |
| Трахея | норма |
| Бронхи | норма |
| Начало болезни дыхательных путей, рта и уха | норма |
| Течение и предшествующее лечение дыхательных путей, рта и ушей | норма |
| Диагноз заболевания дыхательных путей, рта и уха | норма |
| Группа ТБК дыхательных путей | норма |
| Дата | 11.02.2015 |
| Врач | |

ИССЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГОМ

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Жалобы больного | |
| Когда появились признаки заболевания | |
| Как развивалось заболевание: | Постепенно |
| Повышение температуры и ее характер | |
| Были ли боли | При покое |

| | |
|---|---------------|
| Предшествующее лечение | в амбулатории |
| В течение какого времени | 1 мес |
| Где | |
| Неподвижные повязки | |
| Климатическое лечение | |
| Грязелечение | |
| Результаты лечения | |
| Состояние больного: общее состояние (работоспособность) | |
| Внешний вид (общая статика и статика больного органа) | |
| Состояние кожи над пораженной областью | |
| Болезненность, локализация, степень | |
| Местная температура | |

| | |
|---|---------------------------------|
| Изменения конфигурации: | |
| Область | |
| Форма | |
| Атрофия | |
| Контрактуры | Миогенная |
| Ангилозы: | |
| Угол в градусах | |
| Положение | |
| Натечные гнойники (локализация, размер и пр.) | |
| Свищи | |
| Рубцы | |
| Изменения | |
| Расстройства нервной системы | состояние рефлексов: пониженное |
| Расстройства тазовых органов | |
| Рентген | |
| Локализация | |
| Характер процесса | далеко зашедший |
| Осложнения | |
| Другие заболевания | |
| Дата | 04.02.2015 |
| Врач | |

| Дата посещения: амбулаторно, на дому | Жалобы больного, объективные данные, течение болезни | Назначения |
|--------------------------------------|--|------------|
| 04.02.2015 | жалобы | назначения |
| | | |
| | | |
| | | |

Электронный вариант – «Новый документ» - «Первичная документация» - «Медицинская карта больного туберкулёзом» [PR_sformD1ftizioV2].

Стоматологическая карта / Форма № 043/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения СССР
Тестовое ЛПУ
 (наименование учреждения)

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____
 Медицинская документация
 Форма N 043/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. N 1030

**Медицинская карта стоматологического больного
 N 2 25.08.2014 г.**

Фамилия, имя, отчество: АБРАМОВ АБРАМ АБРАМОВИЧ

Пол: Мужчина **Возраст:** 49

Адрес: Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Западная д.495 кв.345

Профессия: Тестовое предприятие

Диагноз:

Жалобы: _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания:

Развитие настоящего заболевания: _____

Данные объективного исследования, внешний осмотр _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

Прикус _____

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба

Данные рентгеновских, лабораторных и исследований _____

| Дата | Дневник (анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями) | Фамилия лечащего врача |
|------|---|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Результаты лечения (эпикриз) _____

Наставления _____

Лечащий врач _____ Заведующий отделением _____

| Дата | Дневник (анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторными заболеваниями) | Фамилия лечащего врача |
|------|---|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Результаты лечения (эпикриз) _____

Наставления _____

Лечащий врач _____ Заведующий отделением _____

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Первичная документация» - «Стоматологическая карта» - «Печать» [PR_sformD1Stom]**

Лист лучевой нагрузки / Форма № 052/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
СССРКОГБУЗ Кировская городская больница № 8
наименование учрежденияКод формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____Медицинская документация
Форма N 052/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030**КАРТА**
профилактических флюорографических обследований,
заведена 23.12.2014
число, месяц, годДлительно не обследовался флюорографически (рентгенологически) 0 лет.Фамилия, имя, отчество ДЕДУШКА РОМАН ВАЛЕНТИНОВИЧГод рождения 1996Профессия ЮРИСТКОНСУЛЬТАдрес (домашний) Иркутская обл. Качугский р-н, г. Иркутск, мкр. Лесной, ул. 6-я,Советская д. 1 корп. 2 кв. 3Место работы "Детское учреждение №1"Пол: МужчинаНаличие отягчающих хронических заболеваний (вписать) Шигеллез, вызванный
Shigella flexneri (1)

Обязательный контингент (2)

Другое организованное население:

Работающие (3)

В т.ч. работники мелких предпр. (4)

Учащиеся (5)

Неорганизованное население (подчеркнуть) (6)

| Дата флюорографии | Дата флюорограммы | Результаты оценки флюорограммы | | | | | | | | Заключение по флюорограмме |
|-------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|---------------|-----------------------|---|
| | | I чтение | | | | II чтение | | | | |
| | | вид патологии | локализация | подпись врача | контр. дообследования | вид патологии | локализация | подпись врача | контр. дообследования | |
| 18.12.2014 | 18.12.2014 | Перфорация полого органа | | Павел Сергеевич Боровинский | 20.12.2014 | | | | | |
| 19.12.2014 | 19.12.2014 | Воспалительные заболевания легких | | Павел Сергеевич Боровинский | | | | | | Легкие и сердце без патологических изменений. |

| Дата рентгенологического дообследования | Метод рентгенологического дообследования | Рентгенологический диагноз | Заключительный клинико-рентгенологический диагноз |
|---|--|----------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Электронный вариант – «Новый документ» - «Первичная документация» -
«Лист лучевой нагрузки» - «Печать формы 052/у» [PR_052]

Лист лучевой нагрузки / Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях

ЛИСТ УЧЕТА ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК ПАЦИЕНТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Ф.И.О. ДЕДУШКА РОМАН ВАЛЕНТИНОВИЧ

| № п/п | Дата | Вид исследования, количество и вид процедур | Эффективная доза за исследование, мЗв | Примечание |
|-------|------------|--|---------------------------------------|------------|
| 1 | 24.09.2014 | Рентгеноскопия, Рентгеноскопия грудной клетки, выполнено снимков - 1 | 3 | |
| 2 | 22.09.2014 | Рентгеноскопия, Рентгеноскопия грудной клетки, выполнено снимков - 2 | 2 | |
| 3 | 22.09.2014 | ЭКГ, ЭКГ в покое стандартная 12 отведений, выполнено снимков - 3 | 9 | |
| 4 | 16.12.2014 | Маммография, Обзорная маммография, выполнено снимков - 1 | 1 | |
| 5 | 18.12.2014 | Флюорография, Флюорография легких, выполнено снимков - 1 | 0,8 | |
| 6 | 19.12.2014 | Флюорография, Флюорография легких, выполнено снимков - 1 | 0,8 | |

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Первичная документация» - «Лист лучевой нагрузки» - «Печать» [PR_sformD2ListLuch].**

Медицинские документы

Диспансерное наблюдение

Контрольная карта диспансерного наблюдения / Форма №030/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Главное ЛПУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
Новый адрес
(адрес)
Код ОГРН **111111**

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Контрольная карта диспансерного наблюдения №

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: **Паратиф В** Код по МКБ-10: **A01.2**
2. Дата заполнения карты: **29.05.2015**
3. Специальность врача: _____ 4. ФИО врача: **Модикова Марина Сергеевна**
5. Дата установления диагноза: _____ 6. Диагноз установлен: впервые - 1 повторно - 2
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1 профилактическом осмотре - 2
8. Дата начала диспансерного наблюдения: **29.05.2015** 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения: _____
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1 выбытие из района обслуживания - 2 смерть - 3
11. Фамилия, имя, отчество пациента: **НИКИТИН АРТЕМ АНДРЕЕВИЧ**
12. Пол: муж. - 1 жен. - 2 13. Дата рождения: **30.04.1976**
14. Место регистрации: субъект Российской Федерации
Неизвестный, ул. Не указана
15. Код категории льготы: _____
16. Контроль посещений:

| Даты посещений | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| Назначено явиться | | | | | | |
| Явился(лась) | | | | | | |

оборотная сторона ф. № 030/у

17. Сведения об изменении диагноза:

| Дата | Формулировка диагноза | Код по МКБ-10 | ФИО врача |
|------|-----------------------|---------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

18. Сопутствующие заболевания:

Подпись врача **Сергеевна М. М.**

Электронный вариант **«Диспансеризация» - «Контрольная карта диспансерного наблюдения» [PR_DNYavka30U04].**

Карта учета диспансеризации государственного гражданского служащего и муниципального служащего / Форма №131/у-ГС

Утверждена приказом МЗСР РФ №984н от 14.12.2009.

Поликлиника №1

Адрес: 100001, Г. МОСКВА. УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10
ОГРН: 1222277777771

Медицинская документация
Учетная Форма № 131/у-ГС

КАРТА УЧЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ГРАЖДАНСКОГО СЛУЖАЩЕГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО СЛУЖАЩЕГО

медицинская карта амбулаторного больного №

1. Фамилия, имя, отчество СЕМЁНОВ СЕМЁН СЕМЁНОВИЧ

2. Пол: Мужской

2. Номер страхового полиса ОМС Виктория - 45 56787 /33

3. СНИЛС

4. Дата рождения 29.03.1990

5. Адрес места жительства 1 Ивановская обл, Вичугский р-н, г Вичуга, ул. Батурина д.864 кв.967 телефон:

6. Место работы Отделение железной дороги /

телефон служебный

7. Организация бюджетная: Нет

8. Профессия, должность КЛАДОВЩИК ГСМ (вр. факторы: Азотные удобрения производство)

9. Прикреплен в данном учреждении здравоохранения дополнительной диспансеризации
для:

10. Учреждение здравоохранения, к которому прикреплен для постоянного динамического наблюдения (название, юридический адрес)
Поликлиника №1 Адрес: 100001, Г. МОСКВА. УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10

11. Осмотры врачей-специалистов

| Специальность врача | № строки | Код врача | Дата осмотра | Заболевания (код по МКБ-10) | | | Результат ДД | | | | | | | Ф.И.О. подпись врача |
|--|----------|-----------|--------------|-----------------------------|---|-------------------------------|--|--|--|----|----|----|----|---|
| | | | | ранее известное хроническое | выявленное во время дополнительной диспансеризации (ДД) | в том числе на поздней стадии | практически здоров в (I группа здоровья) | риск развития заболевания (II группа здоровья) | Нуждается в дополнительном лечении, обследовании | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Терапевт | 01 | 13942 | 31.10.2011 | | J06.0 | | | | + | + | | | | Петров Пётр Петрович - врач-терапевт участковый |
| Акушер-гинеколог | 02 | | | | | | | | | | | | | |
| Невролог | 03 | | 31.10.2011 | | G45.4 | G45.4 | | + | | | | | | Сигизмундов Сигизмундович - врач-невролог |
| Хирург | 04 | | 31.10.2011 | | L03.2 | | | | | + | + | | | Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург |
| Офтальмолог | 05 | | 31.10.2011 | | B00.5 | | | | + | + | | | | Исааков Исаак Исаакович - врач офтальмолог |
| Уролог | 06 | | 30.11.2011 | N41.1 | | | | | | | | | | Моисеев Моисей Моисеевич - врач-уролог |
| Эндокринолог | 07 | | 30.11.2011 | N41.1 | | | | | | | | | | Моисеев Моисей Моисеевич - врач-уролог |
| Отоларинголог | 08 | | | | | | | | | | | | | |
| Психиатр | 09 | | | E11.5 | E11.5 | | | | | | | | | |
| Психиатр-нарколог | 10 | | | N21.0 | | | | | | | | | | |
| Дополнительные консультации и специалистов | | | 14.06.2011 | | | | | | + | | | | | Антонов Антон Антонович - врач-эндокринолог |
| Дополнительные консультации и специалистов | | | 25.07.2011 | | | | | | + | | | | | Моисеев Моисей Моисеевич - врач-уролог |

| | строки | | получения результата |
|---|--------|------------|-------------------------|
| Клинический анализ крови | 01 | 11.11.2011 | |
| Биохимический анализ крови: | 02 | | |
| Общий белок | 03 | 11.11.2011 | |
| Холестерин крови | 04 | 07.10.2011 | |
| Холестерин липопротеидов низкой плотности сыворотки крови | 05 | | |
| Триглицериды сыворотки крови | 06 | 07.10.2011 | |
| Креатинин крови | 07 | 07.10.2011 | |
| Мочевая кислота крови | 08 | 07.10.2011 | |
| Билирубин крови | 09 | 07.10.2011 | |
| Амилаза крови | 10 | | |
| Сахар крови | 11 | 07.10.2011 | |
| Клинический анализ мочи | 12 | 07.10.2011 | |
| Онкомаркер СА-125(женщинам) | 13 | | |
| Онкомаркер PSA (мужчинам) | 14 | | |
| Электрокардиография | 15 | 06.10.2011 | |
| Флюорография | 16 | 04.05.2011 | |
| Маммография | 17 | 07.06.2011 | |
| Цитологическое исследование мазка из цервикального канала | 18 | | |
| Дополнительные исследования | | | |
| Спирометрия | | | |
| Результаты УЗИ | | | |

Рекомендации по индивидуальной программе

14. Взят под диспансерное наблюдение **12.10.2011**,
15. Диагноз МКБ-10, установленный через 6 месяцев
16. Снят с диспансерного наблюдения в течение го,
17. Причина смерти (диагноз по МКБ-10)

Дата завершения ДД **18.10.2011**
 Врач-терапевт участковый Семёнов Семён Семён
 / _____

* Результаты исследований прилагаются для передачи в учреждение здравоохранения, осуществляющее динамическое наблюдение гражданина

Электронный вариант **«Диспансеризация» - «Карта дополнительной диспансеризации».**

Паспорт здоровья государственного служащего/ Форма № 025/у-ГС

Утверждена приказом МЗСР РФ №984н от 14.12.2009.

ПОЛИКЛИНИКА №1
100001, Г. МОСКВА, УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10

Медицинская документация
Учетная Форма №025/у-ГС

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ**

Фамилия Имя Отчество СЕМЁНОВ СЕМЁН СЕМЁНОВИЧ

Дата начала отчетного периода 01.01.2011
Дата окончания отчетного периода 31.12.2011
2. Пол Мужчине
3. Дата рождения 13.09.1990
4. Адрес Ивановская обл, Вичугский р-н, г Вичуга, ул. Батурина д.864 кв.967
5. Страховой полис серия 45 номер 56787
наименование страховой организации Азовский филиал ТФОМС//Омский областной ТФОМС// 115203
6. Наблюдается поликлиникой Тестовое ЛПУ
7. Телефон поликлиники
8. Медицинская карта амбулаторного больного № 4
9. Ф.И.О. участкового врача Дмитриев Дмитрий Дмитриевич - врач-гематолог
Место работы Отделение железной дороги /

| Сигнальные отметки | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Группа и Rh-принадлежности крови | B(III)α положительная |
| Лекарственная непереносимость | явления выяв |
| Аллергическая реакция | нет |

| Дополнительная диспансеризация | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| | Годы (вписать) | | | |
| | 2013 | | | |
| Дата | | | | |
| Группа состояния здоровья | I группа | | | |
| Подпись врача | Дмитриев Дмитрий Дмитриевич - врач-гематолог | | | |

I группа - практически здоров
II группа - риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий.
III группа - нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях
IV группа - нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;
V группа - имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

| Показатели состояния здоровья | | Годы | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------|--|--|--|
| № | Наименование | 2013 | | | |
| 1 | Рост | см | | | |
| 2 | Вес | кг | | | |
| 3 | Частота сердечных сокращений | | | | |
| 4 | Артериальное давление (АД) | мм.рт.ст. | | | |
| | Прочие показатели | | | | |
| | | | | | |
| | Подпись врача | | | | |

| Факторы риска развития социально значимых заболеваний | | Годы | | | |
|---|---|------|--|--|--|
| | | 2013 | | | |
| 1 | Наследственность (ССЗ*, СД**, онкологические заболевания) | | | | |
| 2 | Курение | | | | |
| 3 | Избыточный вес | | | | |
| 4 | Гиподинамия | | | | |
| 5 | Стресс | | | | |
| 6 | Повышенное АД | | | | |
| 7 | Нерациональное питание | | | | |
| | Подпись врача | | | | |

| Классификация артериальной гипертензии | | |
|--|---------------|----------------|
| Показатели | АД | |
| | систолическое | диастолическое |
| Оптимальные | <120 | <80 |
| Нормальные | 120-129 | 80-84 |
| Высокое нормальное | 130-139 | 85-89 |

| Артериальная гипертензия | | |
|---|---------|---------|
| АГ I степени ("мягкая") | 140-159 | 90-99 |
| АГ II степени ("умеренная") | 160-179 | 100-109 |
| АГ III степени ("тяжелая") | >=180 | >=110 |
| Изолированная систолическая гипертензия | >=140 | <90 |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Норма сахара крови натощак | 6.1 ммоль/л (Европейские рекомендации) |
| Целевой уровень холестерина без КВС | менее 5 ммоль/л |

| Расчет индекса массы тела (ИМТ): | |
|----------------------------------|------------|
| Вес (кг) | |
| ИМТ = | = |
| Рост (в метрах) в квадрате | |
| норма | 18,5-24,9 |
| предожирение | 25-29,9 |
| ожирение I степени | 30 – 34,9 |
| ожирение II степени | 35 – 39,9 |
| ожирение III степени | 40 и более |

| Проведенные лабораторные исследования | № строки | Дата исследования | Результат |
|---|----------|-------------------|---|
| Клинический анализ крови | 01 | 11.11.2011 | Эритроциты - $5,2 \cdot 10^{12}$; средний объем эритроцитов - 102 - фл; тромбоциты - $228 \cdot 10^9$; средний объем тромбоцитов - 7,8 - фл; лейкоциты - $10,2 \cdot 10^9$; гемоглобин - 9,9 - г/л; средний гемоглобин клетки - 1,35 - пг; средний гемоглобин клетки - 1,35 - пг; средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците - 22 - пг; средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците - 22 - пг; СОЭ - 12 - мм/ч; |
| Биохимический анализ крови: | 02 | | |
| Общий белок | 03 | 07.10.2011 | общий белок - 82 - г/л; |
| Холестерин крови | 04 | 07.10.2011 | холестерин - 7,2 - ммоль/л; HDL-холестерин - 2,1 - ммоль/л; LDL-холестерин - 5,5 - ммоль/л; |
| Холестерин липопротеидов низкой плотности сыворотки крови | 05 | | |
| Триглицериды сыворотки крови | 06 | 07.10.2011 | триглицериды - 1,55 - ммоль/л; |
| Креатинин крови | 07 | 07.10.2011 | Креатинин - 200 - мкмоль/л; |
| Мочевая кислота крови | 08 | | |
| Билирубин крови | 09 | 07.10.2011 | билирубин общий - 12,3 - ммоль/л; билирубин прямой - 3,4 - ммоль/л; |
| Амилаза крови | 10 | | |
| Сахар крови | 11 | 07.10.2011 | глюкоза - 6,2 - ммоль/л; |
| Клинический анализ мочи | 12 | 07.10.2011 | удельный вес - 1025 - ; реакция - 6.2 - ; лейкоциты - 20 - в мкл; нитриты - 5 - в мкл; белок - 45 - г/л; сахар - 2 - ммоль/л; кетоновые тела - 3 - ммоль/л; уробилиноген - 5 - ммоль/л; эпителиальные клетки - 3 - ммоль/л; эритроциты - 5 - ммоль/л; эритроциты - 5 - ммоль/л; |
| Онкомаркер PSA (мужчинам) | 14 | | |
| Электрокардиография | 15 | 06.10.2011 | Синусовый ритм с частотой 70 в минуту. Гипертрофия левого желудочка. |
| Флюорография | 16 | 04.05.2011 | Без очаговых и инфильтративных изменений |
| Дополнительные исследования | | | |

| Заболевания, выявленные в ходе дополнительной диспансеризации | | |
|---|--------------------------|----------------|
| Дата установления | Наименование заболевания | Код по МКБ- 10 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Заключение (рекомендации) врачей-специалистов | | | |
|---|--------------------|---|---------|
| врач-специалист | Заключение | ФИО врача | Подпись |
| Терапевт | код МКБ- 10: J06.0 | Петров Пётр Петрович - врач-терапевт участковый | |

| | | | |
|-----------------------|-------------------|--|--|
| | код МКБ-10: G45.4 | Сигизмундов Сигизмунд Сигизмундович - врач-невролог | |
| Офтальмолог | код МКБ-10: B00.5 | Исааков Исаак Исаакович - врач офтальмолог | |
| Хирург | код МКБ-10: L03.2 | Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург | |
| Уролог | код МКБ-10: N41.1 | Моисеев Моисей Моисеевич - врач-уролог | |
| Эндокринолог | код МКБ-10: E11.5 | Турсунов Турсун Турсунович - врач-эндокринолог | |
| Отоларинголог | код МКБ-10: | | |
| Психиатр | код МКБ-10: | | |
| Психиатр- нарколог | код МКБ-10: | | |

| | |
|---|---|
| Заключение (рекомендации) врача-терапевта участкового | |
| Код МКБ: | |
| Дата: | Подпись врача: Дмитриев Дмитрий Дмитриевич - врач-гематолог |

Заклучение врачебной
комиссии

Электронный вариант **«Новый документ»** - **«Диспансеризация»** - **«Карта дополнительной диспансеризации»** - кнопка **«Печать паспорта здоровья»**
[PR_sformD2DNDopPasport]

Паспорт здоровья / Форма № 025/у-ПЗ

Утверждена приказом МЗ РФ № 382н от 18.06.2013.

Тестовое ЛПУ
(наименование медицинской организации,
проводящей диспансеризацию (профилактический
медицинский осмотр)
код по ОГРН _____)

Медицинская документация
Учетная форма № 125у-ПЗ
Утверждена приказом Минздрава России
от 18 июня 2013г. № 382н

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

- Ф.И.О.: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА
- Пол: Ж
- Номер страхового полиса обязательного медицинского страхования: 44 4444444
- Дата рождения (число, месяц, год): 04.05.1990
- Адрес места жительства (места пребывания): Брянская обл. Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588
- Контактный телефон: 89998887766 555-55-55
- Медицинская организация, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь: Тестовое ЛПУ
- Медицинская организация, в которой гражданину выдан паспорт здоровья: Тестовое ЛПУ
- Медицинская карта амбулаторного больного № 9
- Установленные заболевания:

| Диагноз | Код МКБ-10 | период |
|--|------------|--------|
| Хондропиз | M94.3 | 17.1 |
| ЦВБ. ДЭП 2 ст. Хроническая ишемия мозга. Последствия ОНМК с мелкоочаговой симптоматикой. | I67.2 | 19.1 |

11. Факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания):

| | |
|--|---|
| Факторы риска развития заболеваний развития хронических неинфекционных заболеваний | 05.08.2013 |
| Рост (см) | 174 |
| Вес (кг) | 90 |
| Индекс массы тела | 29,72 |
| Избыточная масса тела (ожирение) (есть, нет) | Да |
| Уровень общего холестерина крови (указать значение (ммоль/л)) | |
| Дислипидемия (есть, нет) | Да |
| Уровень глюкозы крови (указать значение (ммоль/л)) | |
| Повышенный уровень глюкозы в крови (есть, нет) | Да |
| Артериальное давление (указать значение (мм рт. ст.)) | / |
| Повышенный уровень артериального давления (есть, нет) | Да |
| Курение табака (есть, нет) | Да |
| Низкая физическая активность (есть, нет) | Да |
| Нерациональное питание (есть, нет) | Да |
| Риск пагубного потребления алкоголя (есть, нет) | Да |
| Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (есть, нет) | Да |
| Суммарный сердечно-сосудистый риск (указать значение (%); умеренный, средний, высокий) | 2% |
| Отягощенная наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям (указать заболевания) | ИБС |
| Высокий уровень стресса (есть, нет) | Да |
| Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника | Петров Петрович Петрович - Врач-терапевтический (13942), Терапия (11) |

12. Группа состояния здоровья.

| | | |
|---|--|--|
| Дата | 05.08.2013 | |
| Группа состояния здоровья | III группа | |
| Должность, Ф.И.О. и подпись медицинского работника | Петров Петрович Петрович - Врач-терапевт участка (13942), Терапия (1122) | |
| 13. Рекомендации по проведению лабораторных и инструментальных обследований, осмотров (консультаций) врачей-специалистов, мероприятий, направленных на профилактику хронических неинфекционных заболеваний: | | |
| Рекомендации | Дата назначения | Должность, Ф.И.О. и под медицинского работн |

Электронный вариант **«Новый документ»** - **«Профилактические и медицинские осмотры»** - **«Диспансеризация и профосмотр»** - кнопка **«Печать паспорта здоровья»** [PR_DispHPassport]

Анкета для диспансеризации граждан в возрасте до 75 лет

Утверждена методическими рекомендациями МЗ РФ «Диспансеризация определенных групп взрослого населения (2015)»

Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача для граждан в возрасте до 75 лет

Дата обследования (день, месяц, год): 20.05.2015

ФИО: НИКУЛИН АЛЕКСАНДР СЕРГЕЕВИЧ

Пол: Мужчина

Дата рождения (день, месяц, год): 16.09.1955

Полных лет: 59

Лечебное учреждение: Главное ЛПУ

Лечащий врач: Модикова Марина Сергеевна - Врач здравпункта

1. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется
 - 1.1 повышенное артериальное давление? **Нет**
 - 1.2 ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? **Нет**
 - 1.3 ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)? **Нет**
 - 1.4 цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)? **Нет**
 - 1.5 хроническое бронхо-легочное заболевание? **Нет**
 - 1.6 туберкулез легких или иных локализаций? **Нет**
 - 1.7 сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови? **Нет**
 - 1.8 заболевания желудка и кишечника (хронический гастрит, язвенная болезнь, полипы)? **Нет**
 - 1.9 хроническое заболевание почек? **Нет**
 - 1.10 онкологическое заболевание? **Нет**
2. Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)? **Нет**
3. Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, предстательной железы, других локализаций), семейные полипозы? **Нет**
4. Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него? **Нет**
5. Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут? **Нет**
6. Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате? **Нет**
7. Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? **Нет**
8. Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? **Нет**
9. Приходилось ли Вам вызывать скорую помощь по поводу гипертонического криза, то есть в связи с резким ухудшением самочувствия, сильной головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, из-за повышения артериального давления? **Нет**
10. Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? **Нет**
11. Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? **Нет**
12. Беспокоят ли Вас следующие жалобы в любых сочетаниях: боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита? **Нет**
13. Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? **Нет**
14. Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? **Нет**

15. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? **Нет**
16. Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? **Нет**
17. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) **Нет, никогда не курил**
- 17.2 Бывают ли у Вас «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания? **Нет**
18. Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? **Нет**
19. Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? **Нет**
20. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)? **Нет**
21. Похмеляетесь ли Вы по утрам? **Нет**
22. Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? **до 30 минут**
23. Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)? **Нет**
24. Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи? **Нет**
25. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? **Нет**
26. Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день? **Нет**
27. Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? **Нет**
28. Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? **Нет**
29. Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? **Нет**
30. Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? **Нет**
31. Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? **Нет**
32. Испытываете ли Вы затруднения при мочеиспускании? **Нет**
33. Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания? **Нет**
34. Просыпаетесь ли Вы ночью, чтобы помочиться? **Нет**

| Вопросы. Выявляемое заболевание, фактор риска, показание к обследованию. | Заключение по ответам на вопросы |
|---|----------------------------------|
| 1.1-1.11 Выявление заболеваний в личном анамнезе | |
| 2-3.1 Выявление отягощенной наследственности по наличию заболеваний в семейном анамнезе | |
| 4-5 Выявление стенокардии | |
| 6-9 Выявление острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) | |
| 10-11 Выявление подозрения на заболевания легких | |
| 12, 13, 16 Выявление заболеваний верхних отделов органов пищеварения | |
| 13-15 Выявление заболеваний нижних отделов органов пищеварения | |
| 1.5, 10, 17, 17.1, 17.2 Выявление заболевания легких, курения, показаний к спирометрии и УЗИ брюшной аорты | |
| 18-21 Выявление риска пагубного потребления алкоголя | |
| 22 Выявление низкой физической активности | |
| 23-26 Выявление нерационального питания | |
| 27-31 Выявление подозрения на пагубное потребление наркотиков и психотропных средств | |
| 32-34.1 Выявление заболевания предстательной железы | |

Печать: 20.05.2015 15:42:28 -

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Диспансеризация и профосмотр» - «Анкета для граждан в возрасте до 75 лет» [PR_QuestionnaireD]**

Анкета для диспансеризации граждан в возрасте 75 лет и старше

Утверждена методическими рекомендациями МЗ РФ «Диспансеризация определенных групп взрослого населения (2015)»

Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, риска потребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача для граждан в возрасте 75 лет и старше

Дата обследования (день, месяц, год): 20.05.2015

ФИО: НОВГОРОДЦЕВА АННА МИХАЙЛОВНА

Пол: Женщина

Дата рождения (день, месяц, год): 25.02.1925

Полных лет: 90

Лечебное учреждение: Главное ЛПУ

Лечащий врач: Модикова Марина Сергеевна - Врач здравпункта

1. Есть ли у Вас следующие хронические заболевания (состояния):
 - повышенное артериальное давление (артериальная гипертония)? **Нет**
 - ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? **Нет**
 - сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови? **Нет**
 - онкологическое злокачественное заболевание? **Нет**
 - перенесённый инфаркт миокарда? **Нет**
 - перенесённый инсульт? **Нет**
 - хроническое бронхо-лёгочное заболевание? **Нет**
 - хроническое заболевание почек? **Нет**
2. Возникает ли у Вас во время ходьбы или волнения жгучая, давящая, сжимающая боль за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левом плече или руке? **Нет**
3. Если «Да», то проходит ли эта боль в покое через 10-20 минут или после приёма нитроглицерина? **Нет**
4. Возникла ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате? **Нет**
5. Возникло ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? **Нет**
6. Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? **Нет**
7. Бывают ли у Вас отёки на ногах к концу дня? **Нет**
8. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) **Нет**
9. Были ли у Вас случаи падений за последний год более 2 раз? **Нет**
10. Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста при ходьбе по ровной поверхности или спонтанный перелом (без видимой причины), или перелом позвонка? **Нет**
11. Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы? **Нет**
12. Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время? **Нет**
- 12.1 Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности? **Нет**
- 12.2 Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита? **Нет**
13. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения? **Нет**
14. Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из-за снижения слуха? **Нет**
15. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время? **Нет**
16. Есть ли у Вас проблемы с памятью, существенно мешающие Вам в повседневной жизни? **Нет**
17. Страдаете ли Вы недержанием мочи? **Нет**
18. Имеете ли Вы привычку досаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? **Нет**
19. Присутствуют в Вашем ежедневном рационе 2 или более порции фруктов или овощей (1 порция = 200 г овощей или = 1 фрукту среднего размера)? **Нет**
Ограничиваете ли Вы потребление пищи с высоким содержанием холестерина (сливочное масло, сало,
20. жирные сорта мяса, печень, яйца птицы и др.)? **Нет**
21. Употребляете ли Вы рыбу 2 раза или более в неделю? **Нет**
22. Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю? **Нет**
23. Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу 30 минут и более? **Нет**

| Результаты анкетирования | |
|--|----------------------------------|
| Вопросы. Выявляемое заболевание, фактор риска, показание к обследованию. | Заключение по ответам на вопросы |
| 1 Заболевания в личном анамнезе | |
| 2-3 Выявление стенокардии | |
| 4-6 Выявление острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) | |
| 7 Выявление сердечной недостаточности | |
| 8 Табакокурение | |
| 9 Выявление риска падений | |
| 10-11 Выявление риска остеопороза | |
| 12, 12.1, 12.2 Выявление риска злокачественного новообразования(ЗНО) | |
| 13 Выявление показаний к консультации врача-офтальмолога | |
| 14 Выявление показаний к консультации отоларинголога | |
| 15 Выявление риска депрессии | |
| 16 Выявление выраженных нарушений памяти | |
| 17 Выявление недержания мочи | |
| 12, 18, 19, 20, 21, 22 Выявление нерационального питания | |
| 23 Выявление фактора риска «недостаточная физическая активность» | |

Печать: 20.05.2015 15:38:45 - Марина Андреевна Сергеева

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Диспансеризация и профосмотр» - «Анкета для граждан в возрасте 75 лет и старше» [PR_ QuestionnaireDDL]**

Анкета для профосмотра

Утверждена методическими рекомендациями МЗ РФ «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения», 2013 г.

Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан при прохождении профилактического медицинского осмотра,

Дата обследования: 19.09.2013

ФИО: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1990)

Дата рождения: 04.05.1990

Пол: Женщина

Полных лет: 23

Лечебное учреждение: Тестовое ЛПУ

Лечащий врач: Аристархов Аристарх Аристархович - врач-терапевт участковый

1. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас повышенное артериальное давление? **Да**
2. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (стенокардия)? **Да**
3. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется ишемическая болезнь сердца (инфаркт миокарда)? **Да**
4. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется цереброваскулярное заболевание (в т.ч. перенесенный инсульт)? **Да**
5. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется сахарный диабет? **Да**
6. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется онкологическое заболевание? **Да**
7. Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется туберкулез легких? **Да**
8. Был ли инфаркт миокарда у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)? **Да**
9. Был ли инсульт у Ваших близких родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет)? **Да**
10. Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте или в нескольких поколениях злокачественные новообразования (рак желудка, кишечника, семейные полипозы)? **Да**
11. Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, идете в гору либо спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него? **Да**
12. Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль или эти ощущения в течение примерно 10 минут? **Да**
13. Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке или ноге либо руке и ноге одновременно? **Да**
14. Возникло ли у Вас когда-либо внезапно без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица? **Да**
15. Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз? **Да**
16. Возникло ли у Вас когда-либо внезапно резкое головокружение или неустойчивость при ходьбе связи с чем Вы не могли идти, были вынуждены лечь, обратиться за посторонней помощью (вызвать скорую медицинскую помощь)? **Да**
17. Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году? **Да**
18. Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье? **Да**
19. Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)? **Да**
20. Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия? **Да**
21. Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом? **Да**
22. Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул? **Да**
23. Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день) **Да**
24. Вам никогда не казалось, что следует уменьшить употребление алкоголя? **Да**
25. Испытываете ли Вы раздражение из-за вопросов об употреблении алкоголя? **Да**
26. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете (употребляете алкоголь)? **Да**

27. Похмеляетесь ли Вы по утрам? **Да**
28. Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? **До 30 минут**
29. Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не счит картофеля)? **Да**
30. Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках, упаковках) или при приготовлении пищи? **Да**
31. Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее? **Да**
32. Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день? **Да**
33. Выпиваете ли Вы или употребляете наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию? **Да**
34. Вы когда-нибудь выпивали или употребляли наркотики, находясь в одиночестве? **Да**
35. Употребляете ли Вы или кто-нибудь из Ваших близких друзей алкоголь или наркотики? **Да**
36. Имеет ли кто-нибудь из Ваших близких родственников проблемы, связанные с употреблением наркотиков? **Да**
37. Случались ли у Вас неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? **Нет**

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Диспансеризация и профосмотр» - «Анкета для профосмотра» [PR_QuestionnairePO]**

Карта учета диспансеризации (профосмотра) / Форма № 131/у

Утверждена приказом МЗ РФ № 87н от 06.03.2015.

Медицинская документация
Учетная форма № 131/у
 Утверждена приказом Минздрава России
 от 6 марта 2015 г. № 87н

Карта учета диспансеризации Дата начала диспансеризации 29.05.2015

1. Фамилия, имя, отчество: НИКИТИН АРТЕМ АНДРЕЕВИЧ
2. Пол: муж, - 1
3. Дата рождения: число 30 месяц 04 год 1976, полных лет 39
4. Местность:
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации
Неизвестный, ул. Не указана
6. Код категории льготы
7. Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации: нет
8. Занятость:
9. Диспансеризация (профилактический медицинский осмотр) проводится мобильной медицинской бригадой:
Главное ЛПУ
10. Проведение первого этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра):

| Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие первого этапа диспансеризации | № строки | Дата проведения | Выявлено отклонение (+/-) | Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата)) |
|--|----------|-----------------|---------------------------|---|
| Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача | 1 | | | |
| Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела | 2 | | | |
| Измерение артериального давления | 3 | | | |
| Определение уровня общего холестерина в крови | 4 | | | |
| Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом | 5 | | | |
| Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска | 6 | | | |
| Определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска | 7 | | | |
| Электрокардиография (в покое) | 8 | | | |
| Осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование | 9 | | | |
| Флюорография легких | 10 | | | |
| Маммография обеих молочных желез | 11 | | | |
| Клинический анализ крови | 12 | | | |
| Клинический анализ крови развернутый | 13 | | | |
| Анализ крови биохимический | | | | |

| | | | | |
|--|----|------------|--|--|
| общетерапевтический | 14 | | | |
| Общий анализ мочи | 15 | | | |
| Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом | 16 | | | |
| Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразований органов брюшной полости, малого таза | 17 | | | |
| Ультразвуковое исследование (УЗИ) в целях исключения аневризмы брюшной аорты | 18 | | | |
| Измерение внутриглазного давления | 19 | | | |
| Прием (осмотр) врача-терапевта | 20 | 29.05.2015 | | |

11. Проведение второго этапа диспансеризации

| Медицинское мероприятие второго этапа диспансеризации | № строки | Дата | | Выявлено отклонение (+/-) | Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата)) |
|---|----------|-------------|------------|---------------------------|---|
| | | направления | проведения | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Дуплексное сканирование брахицефальных артерий | 1 | | | | |
| Осмотр (консультация) врачом-неврологом | 2 | | | | |
| Эзофагогастродуоденоскопия | 3 | | | | |
| Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом | 4 | | | | |
| Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом | 5 | | | | |
| Колоноскопия или ректороманоскопия | 6 | | | | |
| Определение липидного спектра крови | 7 | | | | |
| Спирометрия | 8 | | | | |
| Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом | 9 | | | | |
| Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе | 10 | | | | |
| Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом | 11 | | | | |
| Анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена | 12 | | | | |
| Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом | 13 | | | | |
| Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование | 14 | | | | |
| Групповое профилактическое консультирование (школа пациента) | 15 | | | | |
| Прием (осмотр) врача-терапевта | 16 | | | | |

12. Заболевания (подозрения на заболевания), выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), установление диспансерного наблюдения

| Наименование классов и отдельных болезней | № строк | Код МКБ-10 | Дата выявления заболевания/начала диспансерного наблюдения | | | |
|--|---------|------------------------|--|--|---------------------------------|------------------------------------|
| | | | Выявлено заболевание | В том числе заболевание выявлено впервые | Начало диспансерного наблюдения | Установлен предварительный диагноз |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Некоторые инфекционные и паразитарные болезни | 1 | A00-B99 | | | | |
| в том числе: туберкулез | 1.1 | A15-A19 | | | | |
| Новообразования | 2 | C00-D48 | 29.05.2015 | | 29.05.2015 | |
| в том числе: злокачественные новообразования и новообразования in situ | 2.1 | C00- D09 | 29.05.2015 | | 29.05.2015 | |
| в том числе: пищевода | 2.2 | C15, D00.1 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.2.1 | | | | | - |
| желудка | 2.3 | C16, D00.2 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.3.1 | | | | | - |
| ободочной кишки | 2.4 | C18, D01.0 | 29.05.2015 | | 29.05.2015 | |
| из них в 1-2 стадии | 2.4.1 | | 29.05.2015 | | 29.05.2015 | - |
| ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала | 2.5 | C19-C21, D01.1 - D01.3 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.5.1 | | | | | - |
| поджелудочной железы | 2.6 | C25 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.6.1 | | | | | - |
| трахеи, бронхов и легкого | 2.7 | C33, 34 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.7.1 | D02.1 - D02.2 | | | | - |
| молочной железы | 2.8 | C50, D05 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.8.1 | | | | | - |
| шейки матки | 2.9 | C53, D06 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.9.1 | | | | | - |
| тела матки | 2.10 | C54 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.10.1 | | | | | - |
| яичника | 2.11 | C56 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.11.1 | | | | | - |
| предстательной железы | 2.12 | C61, D07.5 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.12.1 | | | | | - |
| почки, кроме почечной лоханки | 2.13 | C64 | | | | |
| из них в 1-2 стадии | 2.13.1 | | | | | - |
| Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный | 3 | D50-D89 | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------|----------|--|--|--|--|
| механизм | | | | | | |
| в том числе: анемии, связанные с питанием, гемолитические анемии, апластические и другие анемии | 3.1 | D50-D64 | | | | |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 4 | E00-E90 | | | | |
| в том числе: сахарный диабет | 4.1 | E10-E14 | | | | |
| ожирение | 4.2 | E66 | | | | |
| нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии | 4.3 | E78 | | | | |
| Болезни нервной системы | 5 | G00-G99 | | | | |
| в том числе: преходящие церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы | 5.1 | G45 | | | | |
| Болезни глаза и его придаточного аппарата | 6 | H00-H59 | | | | |
| в том числе: старческая катаракта и другие катаракты | 6.1 | H25, H26 | | | | |
| глаукома | 6.2 | H40 | | | | |
| слепота и пониженное зрение | 6.3 | H54 | | | | |
| Болезни системы кровообращения | 7 | I00-I99 | | | | |
| в том числе: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением | 7.1 | I10-I15 | | | | |
| ишемическая болезнь сердца | 7.2 | I20-I25 | | | | |
| в том числе: стенокардия (грудная жаба) | 7.2.1 | I20 | | | | |
| в том числе нестабильная стенокардия | 7.2.2 | I20.0 | | | | |
| хроническая ишемическая болезнь сердца | 7.2.3 | I25 | | | | |
| в том числе: перенесенный в прошлом инфаркт миокарда | 7.2.4 | I25.2 | | | | |
| другие болезни сердца | 7.3 | I30-I52 | | | | |
| цереброваскулярные болезни | 7.4 | I60-I69 | | | | |
| в том числе: закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга и закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к | 7.4.1 | I65, I66 | | | | |

| | | | | | | |
|---|-------|-------------|--|--|--|--|
| инфаркту мозга | | | | | | |
| другие цереброваскулярные болезни | 7.4.2 | I67 | | | | |
| последствия субарахноидального кровоизлияния, последствия внутримозгового кровоизлияния, последствия другого нетравматического внутримозгового кровоизлияния, последствия инфаркта мозга, последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга | 7.4.3 | I69.0-I69.4 | | | | |
| аневризма брюшной аорты | 7.4.4 | I71.3-I71.4 | | | | |
| Болезни органов дыхания | 8 | J00-J98 | | | | |
| в том числе: вирусная пневмония, пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae, пневмония, вызванная Haemophilus influenzae, бактериальная пневмония, пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках, пневмония без уточнения возбудителя | 8.1 | J12-J18 | | | | |
| бронхит, не уточненный как острый и хронический, простой и слизистогнойный хронический бронхит, хронический бронхит неуточненный, эмфизема | 8.2 | J40-J43 | | | | |
| другая хроническая обструктивная легочная болезнь, астма, астматический статус, бронхоэктатическая болезнь | 8.3 | J44-J47 | | | | |
| Болезни органов пищеварения | 9 | K00-K93 | | | | |
| в том числе: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки | 9.1 | K25, K26 | | | | |
| гастрит и дуоденит | 9.2 | K29 | | | | |
| неинфекционный энтерит и колит | 9.3 | K50-K52 | | | | |
| другие болезни кишечника | 9.4 | K55-K63 | | | | |
| Болезни мочеполовой системы | 10 | N00-N99 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| в том числе: гиперплазия предстательной железы, воспалительные болезни предстательной железы, другие болезни предстательной железы | 10.1 | N40-N42 | | | | | | | |
| доброкачественная дисплазия молочной железы | 10.2 | N60 | | | | | | | |
| воспалительные болезни женских тазовых органов | 10.3 | N70-N77 | | | | | | | |
| Прочие заболевания | 11 | | | | | | | | |

13. Выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний в соответствии с кодами МКБ-10:

| Факторы риска (код МКБ-10) | R03.0 | R73.9 | R63.5 | Z72.0 | Z72.1 | Z72.2 | Z72.3 | Z72.4 | Z 80, Z82.3, Z82.4, Z82.5, Z83.3 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------|
| Выявлен фактор риска, нет (-), да (дата выявления) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

14. Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE: (заполняется если пациенту до 40 лет)

15. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE: (заполняется если пациенту = или больше 40 лет)

16. Группа состояния здоровья:

17. Назначено лечение: **нет - 2**

18. Дано направление на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации (профилактического медицинского осмотра): **нет - 2**

18.1. Дано направление к врачу-сердечно-сосудистому хирургу: **нет - 2**

18.2. Дано направление к врачу-психиатру (врачу-психиатру-наркологу): **нет - 2**

19. Направлен для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: **нет - 2**

20. Направлен на санаторно-курортное лечение: **нет - 2**

ФИО и подпись врача (фельдшера), ответственного за проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) _____ Врач здравпункта

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Диспансеризация и профосмотр» - команда «Печать карты учёта диспансеризации (профосмотра) [PR_DispcardNew]**

Карта медосмотра несовершеннолетнего / Форма № 030-ПО/у-12

Утверждена приказом МЗ РФ № 1346н от 21.12.2012.

Медицинская документация
Форма N 030-ПО/у-12

Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего

1. Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего: **ФРОЛОВ ФРОЛ ФРОЛОВИЧ**
- Пол: **муж.**
- Дата рождения: **12.03.1998**
2. Полис обязательного медицинского страхования: **серия 965№ 46765456**
- Страховая медицинская организация: **ФИЛИАЛ ООО РГС-МЕДИЦИНА - РОСГОССТРАХ-АЛТАЙ-МЕДИЦИНА (Алтайский край)**
3. Страховой номер индивидуального лицевого счета: **000-000-000 00**
4. Адрес места жительства: **Оренбургская обл, Курманаевский р-н, с Семеновка, ул. Школьная д.123 кв.321**
5. Категория: **ребенок, находящийся в трудной жизненной ситуации**
6. Полное наименование медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь:
Тестовое ЛПУ
7. Юридический адрес медицинской организации, в которой несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь:
222222 Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д.333
8. Полное наименование образовательного учреждения, в котором обучается несовершеннолетний:
СОШ №12
9. Юридический адрес образовательного учреждения, в котором обучается несовершеннолетний:
ул. Пушкина, д.25
10. Дата начала медицинского осмотра: **22.11.2013**
11. Полное наименование и юридический адрес медицинской организации, проводившей профилактический медицинский осмотр:
Тестовое ЛПУ, адрес 222222 Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д.333
12. Оценка физического развития с учетом возраста на момент медицинского осмотра: **15 лет.**
- 12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно: **масса (кг) 60; рост (см) 160; физическое развитие с нарушениями (дефицит массы тела, низкий рост).**
13. Оценка психического развития (состояния):
- 13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:
- 13.2.1. Психомоторная сфера: **нарушения**
- 13.2.2. Интеллект: **нарушения**
- 13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера: **нарушения**
14. Оценка полового развития (с 10 лет):
- 14.1. Половая формула мальчика: **P: P2 Ax: Ax2 Fa: Fa1.**
- 14.2. Половая формула девочки: **P: Ax: Ma: Me: ;**
15. Состояние здоровья до проведения настоящего профилактического медицинского осмотра:
- 15.9. Группа состояния здоровья:
- 15.10. Медицинская группа для занятий физической культурой:
16. Состояние здоровья по результатам проведения настоящего профилактического медицинского осмотра:

- 16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ: _____).
- 16.2.1.1 Диагноз **Инфекционный перикардит** (Код по МКБ: I30.1)
- 16.2.1.2 Диагноз установлен впервые: **да**
- 16.2.1.3 Дистансерное наблюдение: **не установлено**
- 16.2.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**
- 16.2.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**
- 16.2.1.6. Лечение назначено: **нет**
- 16.2.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**
- 16.2.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**
- 16.4.1.1 Диагноз **Рутинное обследование состояния здоровья ребенка** (Код по МКБ: Z00.1)
- 16.4.1.2 Диагноз установлен впервые: **нет**
- 16.4.1.3 Дистансерное наблюдение: **не установлено**
- 16.4.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**
- 16.4.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**
- 16.4.1.6. Лечение назначено: **нет**
- 16.4.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**
- 16.4.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**
- 16.6.1.1 Диагноз **Пулочная грыжа** (Код по МКБ: K42.9)
- 16.6.1.2 Диагноз установлен впервые: **да**
- 16.6.1.3 Дистансерное наблюдение: **не установлено**
- 16.6.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**
- 16.6.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**
- 16.6.1.6. Лечение назначено: **нет**
- 16.6.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**
- 16.6.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**
- 16.7.1.1 Диагноз **Тиреотоксикоз неуточненный** (Код по МКБ: E05.9)
- 16.7.1.2 Диагноз установлен впервые: **да**
- 16.7.1.3 Дистансерное наблюдение: **не установлено**
- 16.7.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**
- 16.7.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**
- 16.7.1.6. Лечение назначено: **нет**
- 16.7.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**
- 16.7.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**
- 16.8.1.1 Диагноз **Юношеский остеохондроз надколенника** (Код по МКБ: M92.4)
- 16.8.1.2 Диагноз установлен впервые: **да**
- 16.8.1.3 Дистансерное наблюдение: **не установлено**
- 16.8.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**
- 16.8.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**
- 16.8.1.6. Лечение назначено: **нет**
- 16.8.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**
- 16.8.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**
- 16.7. Инвалидность: **Да**
- врожденная**, установлена впервые (дата) **29.10.2000** ; дата последнего освидетельствования **29.10.2013**
- 16.7.1. Заболевания, обусловившие установление инвалидности:
- Синдром Арнольда-Киари, (код: Q07.0)

16.7.2. Виды нарушений состояния здоровья:

Общие и генерализованные нарушения (код 60)

16.7.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида:

дата назначения: 29.10.2013;

выполнение на момент настоящего медицинского осмотра: начато

16.8. Группа состояния здоровья: II

16.9. Медицинская группа для занятий физической культурой: III

16.10. Проведение профилактических прививок:

не привит по другим причинам частично

АДС

16.11. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой:

Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой

16.12. Рекомендации о необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения, включая диагноз заболевания (состояния) и код МКБ, по лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием вида медицинской организации (санаторно-курортной организации) и специальности (должности) врача:

Рекомендации о необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения

17. Перечень и даты проведения осмотров врачами-специалистами:

Педиатр: Семёнов Семён Семёнович - врач-педиатр участковый (). Дата осмотра: 22.11.2013, Код МКБ: I30.1

Детский стоматолог: Сергеев Сергей Сергеевич - врач-стоматолог-терапевт (). Дата осмотра: 22.11.2013, Код МКБ: Z00.1

Детский хирург: Семёнов Семён Семёнович - врач-педиатр участковый (). Дата осмотра: 22.11.2013, Код МКБ: K42.9

Детский эндокринолог: Семёнов Семён Семёнович - врач-педиатр участковый (). Дата осмотра: 09.10.2013, Код МКБ: E05.9

Невролог: Сигизмундов Сигизмунд Сигизмундович - врач-невролог (59784). Дата осмотра: 22.11.2013, Код МКБ: M92.4

18. Перечень, даты и результаты проведения исследований:

Уровень глюкозы в крови, Дата выполнения: 22.11.2013, Результат: 5,5 ммоль/л

Общий анализ крови, Дата выполнения: 22.11.2013, Результат:

Общий анализ мочи, Дата выполнения: 22.11.2013, Результат:

Флюорография легких, Дата выполнения: 22.11.2013, Результат:

Электрокардиография, Дата выполнения: 22.11.2013, Результат: Синусовый ритм 74 в 1 минуту. Гипертрофия левого желудочка

Врач: Семёнов Семён Семёнович - врач-педиатр участковый Подпись: _____

Руководитель медицинской организации Иванов Иван Иванович Подпись: _____

Дата заполнения 19.08.2014

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Карта медосмотра (диспансеризации) несовершеннолетнего» - команда «Печать формы №030-ПО/у-12 [PR_InfantList]**

Карта диспансеризации несовершеннолетнего / Форма № 030-Д/с/у-13

Утверждена приказом МЗ РФ № 72н от 15.02.2013.

Медицинская документация
Форма N 030-Д/с/у-13

Карта диспансеризации несовершеннолетнего

1. Полное наименование стационарного учреждения:
- 1.1. Прежнее наименование (в случае его изменения):
- 1.2. Ведомственная принадлежность:
- 1.3. Юридический адрес стационарного учреждения:
2. Фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего: **ФИЛИМОНОВ ФИЛИМОН ФИЛИМОНОВИЧ**
- 2.1. Пол: **муж.**
- 2.2. Дата рождения: **15.10.1999**
- 2.3. Категория учета ребенка, находящегося в тяжелой жизненной ситуации: **нет категории**
- 2.4. На момент проведения диспансеризации: **находится**
3. Полис обязательного медицинского страхования: **серия № 6487528965498754**
Страховая медицинская организация: **САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФИЛИАЛ ОАО РОСНО-МС (г. Санкт-Петербург)**
- Страховой номер индивидуального лицевого счета: **000-000-000 00**
4. Дата поступления в стационарное учреждение: **10.02.2014**
5. Причина выбытия из стационарного учреждения: **передан в патронатную семью**
- 5.1. Дата выбытия: **03.06.2014**
6. Отсутствует на момент проведения диспансеризации: .
7. Адрес места жительства: **Калужская обл, Малоярославецкий р-н, г Малоярославец, пер. Базарный д.2**
8. Полное наименование медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной помощи:
Тестовое ЛПУ
9. Юридический адрес медицинской организации, выбранной несовершеннолетним (его родителем или иным законным представителем) для получения первичной медико-санитарной помощи:
222222 Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д.333
10. Дата начала диспансеризации: **05.08.2014**
11. Полное наименование и юридический адрес медицинской организации, проводившей диспансеризацию:
Тестовое ЛПУ, адрес 222222 Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д.333
12. Оценка физического развития (с учетом возраста на момент диспансеризации): **14 лет.**
- 12.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет включительно: **масса (кг) ; рост (см) ; физическое развитие ().**
13. Оценка психического развития (состояния):
- 13.2. Для детей в возрасте 5 - 17 лет:
- 13.2.1. Психомоторная сфера:
- 13.2.2. Интеллект:
- 13.2.3. Эмоционально-вегетативная сфера:
14. Оценка полового развития (с 10 лет):
- 14.1. Половая формула мальчика: **P: Ax: Fa: .**
- 14.2. Половая формула девочки: **P: Ax: Ma: Me: ;**
15. Состояние здоровья до проведения диспансеризации:

15.9. Группа состояния здоровья:

16. Состояние здоровья по результатам проведения диспансеризации:

16.1. Практически здоров _____ (код по МКБ: _____).

16.4.1.1 Диагноз **Кариез цемента 44** (Код по МКБ:K02.2)

16.4.1.2 Диагноз установлен впервые: **нет**

16.4.1.3 Диспансерное наблюдение: **не установлено**

16.4.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**

16.4.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**

16.4.1.6. Лечение назначено: **нет**

16.4.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**

16.4.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**

16.4.2.1 Диагноз **Инфицированное гидроцеле** (Код по МКБ:N43.1)

16.4.2.2 Диагноз установлен впервые: **нет**

16.4.2.3 Диспансерное наблюдение: **не установлено**

16.4.2.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**

16.4.2.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**

16.4.2.6. Лечение назначено: **нет**

16.4.2.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**

16.4.2.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**

16.5.1.1 Диагноз **Уретральный синдром неуточненный** (Код по МКБ:N34.3)

16.5.1.2 Диагноз установлен впервые: **нет**

16.5.1.3 Диспансерное наблюдение: **не установлено**

16.5.1.4 Дополнительные консультации и исследования назначены: **нет**

16.5.1.5. Дополнительные консультации и исследования выполнены: **нет**

16.5.1.6. Лечение назначено: **нет**

16.5.1.7. Медицинская реабилитация и (или) санаторно-курортное лечение назначены: **нет**

16.5.1.8. Высокотехнологичная медицинская помощь рекомендована: **нет**

16.7. Инвалидность: **Да**

приобретенная; установлена впервые (дата) **11.02.2014**; дата последнего освидетельствования **19.02.2014**

16.7.1. Заболевания, обусловившие установление инвалидности:

Диссоциативная фуга, (код: F44.1)

16.7.2. Виды нарушений состояния здоровья:

Психические нарушения внимания (код 02)

16.7.3. Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида:

дата назначения: **05.03.2014;**

выполнение на момент диспансеризации: _____

16.8. Группа состояния здоровья:

16.9. Проведение профилактических прививок

16.10. Рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой:

16.11 Рекомендации по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием диагноза (код по МКБ), вида медицинской организации и специальности (должности) врача:

17. Перечень и даты проведения осмотров врачами-специалистами:

Детский стоматолог: Сергеев Сергеевич Сергеевич - Врач-стоматолог-терапевт (). Дата осмотра: 09.08.2014, Код МКБ: K02.2

Детский уролог-андролог: Моисеев Моисей Моисеевич - Врач-уролог (615449). Дата осмотра: 30.05.2014, Код МКБ: N34.3

18. Перечень, даты и результаты проведения исследований:

УЗИ щитовидной железы, Дата выполнения: 21.05.2014, Результат:

Врач: Аристархов Аристарх Аристархович - Врач-терапевт участковый Подпись:

Руководитель медицинской организации Иванов Иван Иванович Подпись:

Дата заполнения 22.08.2014

Печать: 22.08.2014 17:28:55 - DocPrinter

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Карта медосмотра (диспансеризации) несовершеннолетнего» - команда «Печать формы № 030-Д/с/у-13 [PR_DisplnInfantList]**

Медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой

Утверждена приказом МЗ РФ № 1346н от 21.12.2012.

**Медицинское заключение
о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе
для занятий физической культурой**

Выдано Тестовое ЛПУ

(полное наименование медицинской организации)

ФИЛИМОНОВ ФИЛИМОН ФИЛИМОНОВИЧ (15.10.1999)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

о том, что он допущен(а) (не допущен(а)) к занятиям физической культурой **без ограничений (с ограничениями)** в соответствии с медицинской группой для занятий физической культурой.

Медицинская группа для занятий физической культурой: _____

(указывается в соответствии с приложением N 3 к Порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них)

Врач, выдавший заключение: **Аристархов Аристарх Аристархович - Врач-терапевт участковый**

Подпись _____

М.П.

Дата выдачи **22.08.2014**

Электронный вариант **«Новый документ» - «Профилактические и медицинские осмотры» - «Карта медосмотра (диспансеризации) несовершеннолетнего» - команда «Печать заключения для занятий физкультурой [PR_InfantConclusion]**

Регистрационная карта лица, подвергшегося воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС

Утверждена приказом МЗ РФ № 281 от 26.11.1993.

Тестовое ЛПУ
(наименование учреждения)

Приложение №1
к приказу Минздрава
Российской Федерации
от 26.11.93 г. N 281

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ЛИЦА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

| Фрагмент 0 | 1 Код формы | 2 Дата вятия на учет | 3 Взята на учет: 1- вновь; 2- из до. учр. | 4 Код учреждения по ОКПО | 5 Дополнительный код учреждения |
|------------|-------------|----------------------|---|--------------------------|---------------------------------|
| | / / МЗ | 25.02.2014 | | 654987 | |

| № строки | ИДЕНТИФИКАЦИЯ | Фрагмент 1 |
|----------|--|-------------------|
| 1 | Номер регистрационной карты | 5 |
| 2 | Фамилия | АЛЕКСАНДРОВА |
| 3 | Имя | АЛЕКСАНДРА |
| 4 | Отчество | АЛЕКСАНДРОВНА |
| 5 | Пол (мужской - 1, женский - 2) | 2 |
| 6 | Дата рождения (ддммгг) | 04.05.1974 |
| 7 | Группа по режиму учета | Дети ликвидаторов |
| 8 | Социальная группа (рабочие промышленных предприятий, организаций-1; сельскохозайственные рабочие или колхозники-2; служащие-3; неработающие взрослые-4; дети, по дорожке-5) | 2 |
| 9 | Профессиональная группа (полеводы-01; животноводы-02; механизаторы-03; строители-04; дорожники-05; военнослужащие-06; прочие работающие-07; школьники (учащие сЯТТУ)-08; студенты-09; организованные дошкольники-10; неорганизованные дошкольники-11; прочие-12) | 01 |

| № строки | ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ | Фрагмент 2 |
|----------|--|---------------------------|
| 1 | Паспорт-1; свидетельство о рождении-2; воен. билет-3; удостоверение, офицера-4 | Паспорт гражданина России |
| 2 | Серия | 44 44 |
| 3 | Номер | 44444 |

| № строки | АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА НА МОМЕНТ ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ | Фрагмент 3 |
|----------|---|------------|
| 1 | Почтовый индекс адреса места жительства | |
| 2 | Область, Край, Республика РФ | Брянская |
| 3 | Район | Жуковский |
| 4 | Населенный пункт | Жуковка |
| 5 | Код ТЕРРОН населенного пункта | |
| 6 | Улица | Береговая |
| 7 | Дом, корпус, квартира | 324, 588 |

| № строки | ПЕРВОЕ НАХОЖДЕНИЕ В ЗОНЕ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ | Фрагмент 4 |
|----------|--|------------|
| 1 | С какой даты находился в зоне | 26.04.1986 |
| 2 | По какую дату находился в зоне | 25.07.1986 |

| № строки | ДАнные ДОЗИМЕТРИИ (для ЛИКВИДАТОРОВ) | Фрагмент 5 |
|----------|---|------------|
| 1 | Доза внешнего облучения | |
| 2 | Единица измерения дозы внешнего облучения (текст) | |
| 3 | Тип метода оценки дозы внешнего облучения (по индивидуальному дозиметру-1; по дозиметру для группы работающих в зоне-2; другие способы-3) | |
| 4 | Начальная дата периода, за который получена доза | |
| 5 | Конечная дата периода, за который получена доза | |
| 6 | Организация, оценившая дозу внешнего облучения (текст) | |

| № строки | АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА ДО ЭВАКУАЦИИ ИЛИ ОТСЕЛЕНИЯ (только для лиц из 2 и 5 групп первоначального учета) | фрагмент 6 |
|----------|---|------------|
| 1 | Почтовый индекс адреса места жительства | |
| 2 | Область, Край, Республика РФ | |
| 3 | Район | |
| 4 | Населенный пункт | |
| 5 | Код ТЕРСООН населенного пункта | |
| 6 | Дата эвакуации или отселения | |
| 7 | Дата реэвакуации (возвращения) | |

| № строки | ПОГЛОЩЕННАЯ ДОЗА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ | фрагмент 7 |
|----------|--|------------|
| 1 | Оценка поглощенной дозы в щитовидной железе (рад) | |
| 2 | Тип метода оценки поглощенной дозы (по индивидуальным измерениям-1; по рациону питания-2; по групповым данным-3; другие способы-4) | 3 |

| № строки | БЕРЕМЕННОСТЬ НА МОМЕНТ АВАРИИ | фрагмент 8 |
|----------|-------------------------------|------------|
| 1 | Была беременна (нет-1, да-2) | 2 |

| № строки | ДИАГНОЗЫ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИМЕВШИХСЯ ДО 26.04.86 г. ИЛИ ДО МОМЕНТА ПРИБЫТИЯ В ЗОНУ | фрагмент 9 |
|----------|---|------------|
| 1 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 2 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 3 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 4 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 5 | Диагноз (МКБ-10) | |

| № строки | | фрагмент 10 |
|----------|---------------------------------|-------------|
| | Фамилия И.О. заполнившего карту | |

Электронный вариант **«Новый документ» - «Первичная документация» - «Карта регистрации лица, подвергшегося воздействию радиации на ЧАЭС» - команда «Печать» [PR_sformD1Chern]**

Лист учёта дозиметрии для лица, подвергшегося радиации на ЧАЭС

Утверждена приказом МЗ РФ № 281 от 26.11.1993.

| Фрагмент 0 | 1 Код формы | 2 Дата записи на учет | 3 Взята на учет: 1- вновь; 2- из др. учр. | 4 Код учреждения по ОКПО | 5 Дополнительный код учреждения |
|------------|-------------|-----------------------|---|--------------------------|---------------------------------|
| | / / | 25.02.2014 | | | |
| | ОАСУ-МБ | | | | |

Тестовое ЛПУ
(наименование учреждения)

Приложение №2
к приказу Минздрава
Российской Федерации
от 26.11.93 г. № 281

ЛИСТ УЧЕТА ДАННЫХ ДОЗИМЕТРИИ ДЛЯ ЛИЦА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА ЧЕРНОВЫЛЬСКОЙ АЭС

| № строки | ИДЕНТИФИКАЦИЯ | фрагмент 1 |
|----------|--|-------------------|
| 1 | Номер радиостационарной карты | 5 |
| 2 | Фамилия | АЛЕКСАНДРОВА |
| 3 | Имя | АЛЕКСАНДРА |
| 4 | Отчество | АЛЕКСАНДРОВНА |
| 5 | Пол (мужской - 1, женский - 2) | 2 |
| 6 | Дата рождения (ддммгг) | 04.05.1974 |
| 7 | Группа персонала по учету | Дети ликвидаторов |
| 8 | Социальная группа (рабочие промышленных предприятий, организации-1; сельских оазисовые рабочие или колхозники-2; служащие-3; неработающие взрослые-4; дети, по дорожке-5) | 2 |
| 9 | Профессиональная группа (полеводы-01; животноводы-02; механизаторы-03; строители-04; дорожники-05; военнослужащие-06; прочие работающие-07; школьники (учащиеся СЯТТУ)-08; студенты-09; организованные дошкольники-10; неорганизованные дошкольники-11; прочие-12) | 01 |

| № строки | МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА НА МОМЕНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ | фрагмент 2 |
|----------|--|--|
| 1 | Почтовый индекс в адрес места жительства | 242700 |
| 2 | Область, Край, Республика РФ | Брянская |
| 3 | Район | Жуковский |
| 4 | Сельский совет | |
| 5 | Населенный пункт | Жуковка |
| 6 | Код ТЕРРОН населенного пункта | |
| 7 | Дата обследования | 25.02.2014 |
| 8 | Пребывание в данном населенном пункте | |
| | Позапрошлый год | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| | Предыдущий год | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| | Текущий год (год обследования) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| 9 | Тип жилого дома (каменный-1; деревянный-2) | 2 |

| № строки | ДААННЫЕ ДОЗИМЕТРИИ (ДЛЯ ЛИКВИДАТОРОВ) | фрагмент 3 |
|----------|--|--------------------------|
| 1 | Полученная доза внешнего облучения, мрад | 10 |
| 2 | Тип измерительной системы | |
| 3 | Организация - источник данных | Городская поликлиника №2 |
| 4 | Начальная дата интервала измерения | 07.01.2014 |
| 5 | Конечная дата интервала измерения | 25.02.2014 |

| № строки | СОДЕРЖАНИЕ РАДИОНУКЛИДОВ ЦЕЗИЯ ВО ВСЕМ ТЕЛЕ | фрагмент 4 |
|----------|--|---------------|
| 1 | Тип результата измерения (Cs-137 - 1; Cs-137+Cs-134 - 2) | 1 |
| 2 | Измеренная активность, наноКюри | |
| 3 | Фирма-производитель СИЧ, номер сертификата аттестации | ООО Нано, 432 |
| 4 | Дата измерения | 30.07.1986 |
| 5 | Рост обследуемого, см | 160 |
| 6 | Вес обследуемого, кг | 70 |
| 7 | Употребление молока из личных полей хозяйства, л/сут | 1 |

| № строки | | фрагмент 5 |
|----------|--|------------|
| | Фамилия И.О. заполнившего лист учета данных дозиметрии | |

Электронный вариант «Новый документ» - «ЧАЭС» - «Лист учёта дозиметрии для лица, подвергшегося радиации на ЧАЭС» - команда «Печать» [PR_sformD2DozaCNPP]

Кодировочный талон лица, подвергшегося радиации на ЧАЭС

Утверждена приказом МЗ РФ № 281 от 26.11.1993.

Тестовое ЛПУ
(наименование учреждения)Приложение №3
к приказу Минздрава
Российской Федерации
от 26.11.93 г. N 281КОДИРОВОЧНЫЙ ТАЛОН ЛИЦА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ
РАДИАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА
ЧЕРНОВЫЛЬСКОЙ АЭС

| фрагмент 0 | 1 Код формы | 2 Отчетный год (г) | 3 Дата оформления (ддммгг) | 4 Код учреждения по ОКПО | 5 Дополнительный код учреждения |
|------------|----------------|--------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| | / / ОАСУ-МЗ | 2014 | 25.02.2014 | | |

| № строки | ИДЕНТИФИКАЦИЯ | фрагмент 1 |
|----------|--|-------------------|
| 1 | Номер регистрационной карты | 5 |
| 2 | Фамилия | АЛЕКСАНДРОВА |
| 3 | Имя | АЛЕКСАНДРА |
| 4 | Отчество | АЛЕКСАНДРОВНА |
| 5 | Пол (мужской - 1, женский - 2) | 2 |
| 6 | Дата рождения (ддммгг) | 04.05.1974 |
| 7 | Группа первичного учета | Дети ликвидаторов |
| 8 | Социальная группа (рабочие промышленных предприятий, организаций-1; сельскохозяйственные рабочие или колхозники-2; служащие-3; неработающие взрослые-4; дети, по достижении-5) | 2 |
| 9 | Профессиональная группа (полеводы-01; животноводы-02; механизаторы-03; строители-04; дорожники-05; военнослужашие-06; прочие работающие-07; школьники (учащиеся ПТУ)-08; студенты-09; организованные дошкольники-10; неорганизованные дошкольники-11; прочие-12) | 01 |

| № строки | АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА НА МОМЕНТ ЗАПОЛНЕНИЯ ТАЛОНА | фрагмент 2 |
|----------|---|------------|
| 1 | Место жительства в течение отчетного года изменялось (нет-1; да-2) | |
| 2 | Для изменивших место жительства: Почтовый индекс нового адреса места жительства | |
| 3 | Область, Край, Республика РФ | |
| 4 | Район | |
| 5 | Населенный пункт | |
| 6 | Код ТЕРРОН населенного пункта | |
| 7 | Улица | |
| 8 | Дом, корпус, квартира | |

| № строки | ДОЗЫ ОБЛУЧЕНИЯ ВСЕГО ТЕЛА ЗА ОТЧЕТНЫЙ ГОД | фрагмент 3 |
|----------|---|------------|
| 1 | Оценка поглощенной дозы внешнего облучения (мрад) | |
| 2 | Метод оценки (по индивидуальным-1; по соц.-проф. группе-2; по групповым для насел. пункта-3; другим способом-4) | |
| 3 | Оценка поглощенной дозы внутреннего облучения (мрад) | |
| 4 | Метод оценки (по индивидуальным-1; по рациону питания-2; по групповым для насел. пункта-3; по удельной поверхностной активности цезия-137 - 4; другим способом-5) | |

| № строки | | фрагмент 4 |
|----------|---|------------|
| 1 | Обследование (обращение) в течение года (не проводилось-1; проводилось-2) | |
| 2 | Причина снятия с учета (выбыл-1; был взят на учет ошибочно-2; умер-3) | |
| 3 | Дата смерти (ддммгг) | |
| 4 | Непосредственная причина смерти (МКБ-10) | |
| 5 | Первоначальная основная причина смерти (МКБ-10) | |

| № строки | ОБСЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТАМИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА | Дата последнего осмотра в отчетном году (ддммгг) |
|----------|---|--|
| 1 | Терапевт (педиатр) | |
| 2 | Хирург | |
| 3 | Офтальмолог | |
| 4 | Стоматолог | |
| 5 | Гинеколог | |
| 6 | Невропатолог | |
| 7 | Эндокринолог | |
| 8 | Oтоларинголог | |
| 9 | Онколог | |
| 10 | Гематолог | |

| № строки | ДИАГНОЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ОТЧЕТНОМ ГОДУ | фрагмент 6 |
|----------|---|------------|
| 1 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 2 | Диагноз установлен (впервые в жизни-1; ранее известен-2) | |
| 3 | Для впервые в жизни установленного диагноза: выявлен (при обращении за лечением-1; при проф. осмотре-2; в стационаре-3; при прочих обстоятельствах-4) | |
| 4 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 5 | Диагноз установлен (впервые в жизни-1; ранее известен-2) | |
| 6 | Для впервые в жизни установленного диагноза: выявлен (при обращении за лечением-1; при проф. осмотре-2; в стационаре-3; при прочих обстоятельствах-4) | |
| 7 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 8 | Диагноз установлен (впервые в жизни-1; ранее известен-2) | |
| 9 | Для впервые в жизни установленного диагноза: выявлен (при обращении за лечением-1; при проф. осмотре-2; в стационаре-3; при прочих обстоятельствах-4) | |
| 10 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 11 | Диагноз установлен (впервые в жизни-1; ранее известен-2) | |
| 12 | Для впервые в жизни установленного диагноза: выявлен (при обращении за лечением-1; при проф. осмотре-2; в стационаре-3; при прочих обстоятельствах-4) | |
| 13 | Диагноз (МКБ-10) | |
| 14 | Диагноз установлен (впервые в жизни-1; ранее известен-2) | |
| 15 | Для впервые в жизни установленного диагноза: выявлен (при обращении за лечением-1; при проф. осмотре-2; в стационаре-3; при прочих обстоятельствах-4) | |

| № строки | СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НА КОНЕЦ ГОДА | фрагмент 7 |
|----------|--|------------|
| 1 | Группа здоровья (от 1 до 3) | |
| 2 | Группа инвалидности (от 1 до 3) | |
| 3 | Год установления данной группы инвалидности (гг) | |
| 4 | Основной диагноз болезни, приведшей к инвалидности | |
| 5 | Диагноз болезни, связанной по заключению Экспертного совета с аварией на ЧАЭС (МКБ-10) | |
| 6 | Дата заключения Экспертного совета (ддммгг) | |

| № строки | ПРОВЕДЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ОЗДОРОВЛЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ОТЧЕТНОГО ГОДА | | | фрагмент 8 | |
|----------|--|-----------------|-------------------------|--------------|----------------------------------|
| | Диагноз (МКБ-10) 1 | Учреждение 2 | Уровень учреждения 3 | Лечение 4 | Длительность лечения (дней) 5 |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

Кодировка:

Учреждение, где проводилось лечение или оздоровление: поликлиника-1; стационар-2; реабилитационный центр-3; специальное учреждение и НИИ-4; санаторий-5; профилакторий-6; дом отдыха-7; прочие-8

Уровень лечебного учреждения: районный-1; областной-2; специальные учреждения и НИИ-3; санаторно-курортное-4

Лечение: медикаментозное-1; оперативное-2; комбинированное-3; другое-4

| № строки | РЕКОМЕНДОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ОЗДОРОВЛЕНИЕ | | | фрагмент 9 |
|----------|---|-----------------|-------------------------|--------------|
| | Диагноз (МКБ-10) 1 | Учреждение 2 | Уровень учреждения 3 | Лечение 4 |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

| № строки | фрагмент 10 | |
|----------|---------------------------------|--|
| | Фамилия И.О. заполнившего квоту | |

Электронный вариант **«Новый документ» - «ЧАЭС» - «Кодировочный талон лица, подвергшегося радиации на ЧАЭС» - команда «Печать» [PR_sformD2DCardCNPP]**

Карта центра здоровья / Форма №025-ЦЗ/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №597н от 19.08.2009

Учетная документация
Форма № 025-ЦЗ/у
Утверждена
Приказом
Минздрава Российской Федерации
от 19 августа 2009 г. №
597н

КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Дата заполнения **21.03.2016**
2. N поликлиники по месту жительства (прикрепления) **Тестовое ЛПУ**
3. Фамилия, имя, отчество **АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРОВНА**
4. Дата рождения (число, месяц, год) **04.05.1974**
5. Пол: **жен.**
6. Адрес **Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588**
7. Живет постоянно в городе
8. N Страхового полиса **ФИЛИАЛ ООО РГС-МЕДИЦИНА - РОСГОССТРАХ-БРЯНСК-МЕДИЦИНА (Брянская область) / 61616161616161, дата выдачи 03.02.2015, дата окончания действия 22.04.2020**
9. Социальное положение: **Работающий**
10. Образование **Высшее**
11. Место работы **Школа №3**
12. Профессия, должность **ПЕДАГОГ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**
13. Категория обращения:

| N п/п | Наименование обращения | Дата обращения |
|-------|---|----------------|
| 1 | Обратился самостоятельно | |
| 2 | Направлен амбулаторно-поликлиническим учреждением | |
| 3 | Направлен после дополнительной диспансеризации | 21.03.2016 |
| 4 | Направлен после лечения в стационаре | |
| 5 | Направлен работодателем после прохождения ПМО и УМО | |

II. ОБЩИЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА (программно-компьютерный опрос)

1. Наследственные заболевания **Пневмококкиоз неуточненный**
2. Перенесенные заболевания
3. Хронические заболевания:
Органов дыхания: **Пневмококкиоз неуточненный**
Сердечно-сосудистые заболевания
Органов пищеварения **Язвенный (хронический) илеоколит**
Почек и мочевыводящих путей
ЦНС
Эндокринной системы
Новообразования
Др. заболевания **Хронический сальпингит и оофорит справа**
4. Перенесенные травмы
5. Перенесенные операции
6. Употребление алкоголя: **крепкие алкогольные напитки, слабоалкогольные напитки, много**
7. Табакокурение: **курит с 15 по 20 штук в день**
8. Питание:
Режим питания: **нерегулярный**
Характер питания:
преобладание компонентов продуктов питания: **углеводы**
калорийность рациона: **высокая**
9. Сон: **более 9 часов**
10. Занятия физкультурой и спортом: **не занимается**
Физкультура: **другое**
гольф
Спорт: вид **Хоккей**;

11. Активность образа жизни:
Характер отдыха: **смешанный**
12. Характер труда:
Работа: **другая**
другая
Производственные вредности: **другие**
другие
13. Цель настоящего обращения: **другое**
другое
14. Источник получения информации: **другой**
другой

III. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Рост **180** Вес **100** Индекс массы тела **30,8641975308642** (N - 25)
2. Артериальное давление **160/100** (N - менее 140/90 мм. рт. ст.)
3. Холестерин **8,3** (N - менее 5,0 ммоль/л)
4. Глюкоза **6,6** (N - менее 6,5 ммоль/л натощак или 7,6 ммоль/л после еды)
5. Спирометрия **20**
ЖЕЛ 80 ФЖЕЛ 80 ОФБ1 70 ОФВ1/ЖЕЛ 20
- 6.

| Наименование обследования | Результат обследования |
|---|--------------------------------|
| Скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, параметры физического развития | |
| Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей | норма |
| Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса | повышение индекса ЛПИ выше 1,3 |
| Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы - компьютеризированная спирометрия | Изменения резкие - III степень |
| Биоимпедансометрия (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) | Преобладание жировой ткани |
| Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина | |
| Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче | Найден котинин |
| Пульсоксиметрия | Аритмия |
| Офтальмологическое обследование | норма |
| Исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма | Найдены следы опиатов |
| Стоматологическое обследование | норма |

7. Результаты осмотров:

| Дата | Врачи-специалисты | Заключение |
|------|-------------------|------------|
| | | |
| | | |

IV. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1. Состояние здоровья: **факторы риска заболеваний**
Наследственность (ССЗ, СД, онкологические заболевания), Курение, Избыточный вес, Гипотрофия, Гиподинамия, Стресс, Нерациональное питание, Повышенное АД
2. Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение:

| Врачи-специалисты | Рекомендации, индивидуальные планы | Выполнение |
|-------------------|------------------------------------|------------|
| | | |
| | | |

3. "Школы здоровья": Школа профилактики артериальной гипертензии, Школа профилактики заболеваний суставов и позвоночника, Школа профилактики бронхиальной астмы, Школа профилактики сахарного диабета, Прочие школы
Прочая школа
4. Посещение кабинета (зала) ЛФК: Количество отпущенных процедур - 10

Электронный вариант **«Новый документ»** - **«Профилактические и медицинские осмотры»** - **«Карта центра здоровья»** - команда **«Печать формы 025-ЦЗ/у [PR_HC025-CZy]**

Карта центра здоровья ребёнка / Форма №025-Ц3/у-2

Утверждена приказом МЗСР РФ №597н от 19.08.2009

(Наименование центра
здоровья для детей)

(Адрес центра
здоровья для детей)



штрих-код

Учетная форма N 025-Ц3/у-2
Утверждена
Приказом Минздравоохранения
России
от 19 августа 2009 г. N 597н

КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА N 3 I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Дата заполнения **21.03.2016**
2. Поликлиника по месту жительства (прикрепления) **Тестовое ЛПУ**
3. Фамилия, имя, отчество **ХАРИТОНОВ ХАРИТОН ХАРИТОНОВИЧ**
4. Дата рождения (число, месяц, год) **12.07.1999**
5. Пол: **муж.**
6. Адрес .
7. Живет постоянно в селе
8. Серия и номер страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования ГК **ЗА БАЙКАЛМЕДСТРАХ (Забайкальский край) / 87 45679 /048, дата выдачи 09.06.2009**
9. Место воспитания (пребывания ребенка): **семья**
10. Посещает дошкольное образовательное учреждение: **нет**
11. Учится: **общеобразовательное учреждение (школа, колледж, гимназия и т.д.)**
12. Не учится
13. Работает: **нет**
14. Получено согласие на обработку персональных данных: **да**
15. Дата обращения (комплексное обследование) **21.03.2016**
16. Категория обращения (указать): **направлен после лечения в стационаре**

II. ОБЩИЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА (программно-компьютерный опрос)

1. Наследственные заболевания **Дивурия**
2. Перенесенные заболевания
3. Хронические заболевания:
 - 3.1. органов дыхания:
 - 3.2. сердечно-сосудистые заболевания
 - 3.3. органов пищеварения
 - 3.4. почек и моче выводящих путей **Дивурия**
 - 3.5. центральной нервной системы
 - 3.6. эндокринной системы
 - 3.7. новообразования
 - 3.8. другие заболевания
4. Перенесенные травмы
5. Перенесенные операции
6. Употребление алкоголя: ;
7. Табакокурение: **не курит**
с **15** по **10** штук в день
8. Питание:
Режим питания: **регулярный**
Характер питания:
преобладание компонентов продуктов питания: **жиры**
калорийность рациона: **высокая**
9. Сон: **менее 7 часов**
10. Занятия физкультурой и спортом: **случайные**
Физкультура: **оздоровительное плавание**
Спорт: вид ;
11. Активность образа жизни:
Характер отдыха: **пассивный**
12. Цель настоящего обращения: **правильное питание**

13. Источник получения информации: печатные издания

III. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

| № строки | Наименование обследования | Показатели обследования | Значение показателя | В норме (да/нет) | Результат обследования |
|----------|---|---|---------------------|------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 01 | Скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, параметры физического развития | Рост | | | |
| | | Вес | | | |
| | | Индекс массы тела | 0,00 | | |
| | | Артериальное давление | / | | |
| | | Уровень физического развития | | | |
| | | Мышечная сила | | | |
| 02 | Экспресс-оценка состояния сердца по спектра радиографии (ЭКГ)- сигналам от конечностей | | | | |
| 03 | Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плечелодыжечного индекса | Индекс ЛПИ | | | |
| 04 | Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы - компьютеризированная спирометрия | Жизненная емкость легких | | | |
| | | Форсированная жизненная емкость легких | | | |
| | | Объем форсированного выдоха 1 | | | |
| | | Объем форсированного выдоха 1/Жизненная емкость легких | | | |
| | | | | | |
| 05 | Биоимпедансометрия (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) | % воды | | | |
| | | % мышечной ткани | | | |
| | | % жировой ткани | | | |
| 06 | Экспресс-анализ определения общего холестерина и глюкозы в крови | Холестерин (норма - менее 5,0 ммоль/л) | | | |
| | | Глюкоза (норма - менее 6,1 ммоль/л натощак или 7,6 ммоль/л после еды) | | | |
| 07 | Определение токсических веществ в биологических средах организма | | | | |
| 08 | Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина | Содержание CO2 | | | |
| | | Содержание карбоксигемоглобина | | | |

| | | | | | |
|----|--|--------------------|--|--|--|
| 09 | Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче | Котинин | | | |
| 10 | Смокелайзер | | | | |
| 11 | Кардиотренажер | | | | |
| 12 | Пульсоксиметрия | Сатурация | | | |
| | | Частота пульса | | | |
| | | Регулярность ритма | | | |
| 13 | Рабочее место гигиениста | | | | |

Результаты осмотров врачей

| Дата | Врачи-специалисты | Заключение | Рекомендации |
|------|-------------------|------------|--------------|
| | | | |
| | | | |

Дата обследования _____

Заключения от экспертных систем о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний

| Наименование экспертной системы | Наименование оценки | Показатель оценки | Рекомендации |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Дата обследования 21.03.2016

IV. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

- Состояние здоровья: имеет функциональные отклонения
функциональные отклонения
- Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение:
индивидуальный план по здоровому образу жизни Назначен индивидуальный план по здоровому образу жизни
выполнение индивидуального плана по здоровому образу жизни Не выполнено
- "Школы здоровья": Школа профилактики артериальной гипертензии
- Посещение кабинета (зала) ЛФК: Количество отпущенных процедур - 13
- Направление на дальнейшее обследование:
в лечебно-профилактическое учреждение _____
к врачам-специалистам _____

(подпись)

(ФИО)

Электронный вариант **«Новый документ»** - **«Профилактические и медицинские осмотры»** - **«Карта центра здоровья»** - команда **«Печать формы 025-ЦЗ/у [PR_HC025-CZy-2]»**

Карта здорового образа жизни / Форма №002-ЦЗ/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №597н от 19.08.2009

Учетная форма N 002-ЦЗ/у
Утверждена
Приказом
Минздрава содружества
России
от 19 августа 2009 г. N
597н

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

КАРТА
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Фамилия АЛЕКСАНДРОВА

Имя АЛЕКСАНДРА

Отчество АЛЕКСАНДРОВНА

1. Адрес Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588

2. Живет постоянно в городе

3. № Страхового полиса ОМС ФИЛИАЛ ООО РГС-МЕДИЦИНА - РОСГОССТРАХ-БРЯНСК-МЕДИЦИНА (Брянская область) / 61616161616161, дата выдачи 03.02.2015, дата окончания действия 22.04.2020

4. Социальное положение: Работающий

5. Образование Высшее

6. Место работы Школа №3

7. Профессия, должность ПЕДАГОГ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1. Показатели состояния здоровья

| N п/п | Наименование | Годы |
|-------|------------------------------|--------------------------------|
| | | 2016 |
| 1 | Рост | 180 |
| 2 | Вес | 100 |
| 3 | Частота сердечных сокращений | 100 |
| 4 | Артериальное давление (АД) | 160/100 |
| | Прочие показатели: | Холестерин - 8,3 Глюкоза - 6,6 |
| | Подпись врача | |

2. Факторы риска развития социально-значимых заболеваний

| | | 2016 |
|---|--|------|
| 1 | Наследственность (ССЗ, СД, онкологические заболевания) | Есть |
| 2 | Курение | Есть |
| 3 | Избыточный вес | Есть |
| 4 | Гиподинамия | Есть |
| 5 | Стресс | Есть |
| 6 | Повышенное АД | Есть |
| 7 | Нерациональное питание | Есть |
| | Подпись врача | |

3. Классификация артериальной гипертензии

| Показатели | АД систолическое | АД диастолическое |
|--------------------------|------------------|-------------------|
| Оптимальное | < 120 | < 80 |
| Нормальное | 120-129 | 80-84 |
| Высокое нормальное | 130-139 | 85-89 |
| Артериальная гипертензия | | |
| АГ I степени ("мягкая") | 140-159 | 90-99 |

| | | |
|---|---------|---------|
| АГ II степени ("умеренная") | 160-179 | 100-109 |
| АГ III степени ("тяжелая") | >= 180 | >= 110 |
| Изолированная систолическая гипертензия | >= 140 | < 90 |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Норма сахара крови натощак | 6,1 ммоль/л (Европейские рекомендации) |
| Целевой уровень холестерина без КБС | менее 5 ммоль/л |

4. Расчет индекса массы тела (ИМТ):

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{Вес (кг)}}{\text{Рост (в метрах) в квадрате}} =$$

| | | |
|----------------------|-------------|---|
| Дефицит массы тела | менее 18,5 | |
| Норма | 18,5 - 24,9 | |
| Предожирение | 25 - 29,9 | |
| Ожирение I степени | 30 - 34,9 | V |
| Ожирение II степени | 35 - 39,9 | |
| Ожирение III степени | более 40 | |

Результаты осмотров:

| Дата | Врачи-специалисты | Заключение |
|------|-------------------|------------|
| | | |
| | | |

IV. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1. Состояние здоровья: факторы риска заболеваний

Наследственность (ССЗ, СД, онкологические заболевания), Курение, Избыточный вес, Гипотрофия, Гиподинамия, Стресс, Нерациональное питание, Повышенное АД

2. Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение:

| Врачи-специалисты | Рекомендации, индивидуальные планы | Выполнение |
|-------------------|------------------------------------|------------|
| | | |
| | | |

3. Обращения:

| N п/п | Наименование | Дата повторного обращения |
|-------|---|---------------------------|
| 1 | Обратился самостоятельно | |
| 2 | Направлен амбулаторно-поликлиническим учреждением | |
| 3 | Направлен после дополнительной диспансеризации | 21.03.2016 |
| 4 | Направлен после лечения в стационаре | |
| 5 | Направлен работодателем после прохождения ПМО и УМО | |

Электронный вариант **«Новый документ»** - **«Профилактические и медицинские осмотры»** - **«Карта центра здоровья»** - команда **«Печать формы 002-ЦЗ/у [PR_HC002-CZy]**

Карта здорового образа жизни ребёнка / Форма №002-ЦЗ/у-2

Утверждена приказом МЗСР РФ №597н от 19.08.2009

| |
|-----------|
| штрих-код |
|-----------|

Учетная форма N 002-ЦЗ/у-2
Утверждена Приказом
Минздрава о развитии России
от 19 августа 2009 г. N 597н

КАРТА
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕБЕНКА N 3

1. Фамилия ХАРИТОНОВ
2. Имя ХАРИТОН
3. Отчество ХАРИТОНОВИЧ
4. Дата обращения в центр здоровья 21.03.2016
5. Адрес ,
6. Живет постоянно в селе
7. Серия и номер страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования ГК ЗА БАЙКАЛМЕДСТРАХ (Забайкальский край) / 87 45679 /048, дата выдачи 09.06.2009
8. Посещает дошкольное образовательное учреждение: нет
9. Учится: общеобразовательное учреждение (школа, колледж, гимназия и т.д.)
10. Не учится
11. Работает: нет

1. Показатели состояния здоровья

| N п/п | Наименование | Годы |
|----------|------------------------------|--------|
| | | 2016 |
| 1 | Рост | 150 |
| 2 | Вес | 44 |
| 3 | Частота сердечных сокращений | |
| 4 | Частота дыхания | |
| 5 | Артериальное давление (АД) | 100/70 |
| 6 | Прочие показатели: | |
| | | |
| | | |

(подпись врача)

(ФИО)

2. Факторы риска развития социально-значимых заболеваний

| N п/п | Наименование показателя | Да | Нет | Неизвестно |
|----------|---|----|-----|------------|
| 1 | Наследственность (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, онкологические заболевания) | | | V |
| 2 | Курение | | | V |
| 3 | Избыточный вес | | | V |
| 4 | Гипотрофия | | | V |
| 5 | Гиподинамия | | | V |
| 6 | Стресс | | | V |
| 7 | Повышенное АД | | | V |
| 8 | Нерациональное питание | | | V |

(подпись врача)

(ФИО)

3. Результаты обследований

| № | Наименование | Показатели | Значение | В норме (да/нет) | Результат |
|---|--------------|------------|----------|------------------|-----------|
|---|--------------|------------|----------|------------------|-----------|

| строки | обследования | обследования | показателя | нет) | обследования |
|--------|---|--|------------|------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 01 | Скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, параметры физического развития | Рост | 150 | Да | |
| | | Вес | 44 | | |
| | | Индекс массы тела | 19,56 | | |
| | | Артериальное давление | 100/70 | | |
| | | Уровень физического развития | нормальный | | |
| | Мышечная сила | достаточная | | | |
| 02 | Экспресс-оценка состояния сердца по электрокардиографии (ЭКГ)- сигналам от конечностей | | | | |
| 03 | Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плечелодыжечного индекса | Индекс ЛПИ | | | |
| 04 | Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы - компьютеризированная спирометрия | Жизненная емкость легких | | | |
| | | Форсированная жизненная емкость легких | | | |
| | | Объем форсированного выдоха 1 | | | |
| | | Объем форсированного выдоха 1/Жизненная емкость легких | | | |
| 05 | Биоимпедансометрия (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани) | % воды | | | |
| | | % мышечной ткани | | | |
| | | % жировой ткани | | | |
| 06 | Экспресс-анализ определения общего холестерина и глюкозы в крови | Холестерин (норма - менее 5,0 ммоль/л) | | | |
| | | Глюкоза (норма - менее 6,1 ммоль/л натощак и ли 7,6 ммоль/л после еды) | | | |
| 07 | Определение токсических веществ в биологических средах организма | | | | |
| 08 | Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина | Содержание CO2 | | | |
| | | Содержание карбоксигемоглобина | | | |
| 09 | Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче | Котинин | | | |
| 10 | Смокслайзер | | | | |
| 11 | Кардиотренажер | | | | |
| 12 | Пульсоксиметрия | Сатурация | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--------------------|--|--|--|
| | | Частота пульса | | | |
| | | Регулярность ритма | | | |
| 13 | Рабочее место гигиениста стоматологического | | | | |

4. Результаты осмотров врачей

| Дата | Врачи-специалисты | Заключение | Рекомендации |
|------|-------------------|------------|--------------|
| | | | |

5. Заключение от экспертных систем о рисках развития хронических неинфекционных заболеваний

| Наименование экспертной системы | Наименование оценки | Показатель оценки | Рекомендации |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|--------------|
| | | | |

6. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

- Состояние здоровья: **имеет функциональные отклонения**
функциональные отклонения
- Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение:
индивидуальный план по здоровому образу жизни. Назначен **индивидуальный план по здоровому образу жизни**
- "Школы здоровья": Школа профилактики артериальной гипертензии
выполнение индивидуального плана по здоровому образу жизни: **Не выполнено**
- Посещение кабинета (зала) ЛФК: Количество отпущенных процедур - 13
- Направление на дальнейшее обследование:
в лечебно-профилактическое учреждение _____
к врачам-специалистам _____

(подпись врача)_____
(ФИО)

7. КЛАССИФИКАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

| Показатели | Артериальное давление (АД) систолическое | Артериальное давление (АД) диастолическое |
|------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |

| | |
|-----------------------------|--|
| Норма сахара крови натощак | 6,1 ммоль/л (Европейские рекомендации) |
| Целевой уровень холестерина | менее 5 ммоль/л |

8. РАСЧЕТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА (ИМТ)

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{Вес (кг)}}{\text{Рост (в метрах) в квадрате}} =$$

| | |
|----------------------|-------------|
| Норма | 18,5 - 24,9 |
| Предожирение | 25 - 29,9 |
| Ожирение I степени | 30 - 34,9 |
| Ожирение II степени | 35 - 39,9 |
| Ожирение III степени | более 40 |
| Гипотрофия | |

Электронный вариант **«Новый документ»** - **«Профилактические и медицинские осмотры»** - **«Карта центра здоровья»** - команда **«Печать формы 002-ЦЗ/у-2 [PR_HC002-CZу-2]»**

Акушерство и гинекология

Индивидуальная карта беременной и родильницы / Форма № 111/у

Утверждена приказом Минздрава СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
СССР
Тестовое ЛПУ
(наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация
Форма №111/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА беременной и родильницы

| | |
|--|-------------------------------------|
| Группа крови | Реакция Вассермана |
| Резус принадлежность беременной | I "... " 20 ... г. |
| ее мужа | II "... " 20 ... г. |
| 1. Дата взятия на учет 01.05.2009 | Результат исследования на гонококки |
| | Обследование на токсоплазмоз |
| | РСК (по показаниям) |
| | Кожная проба РКС |

Фамилия, имя, отчество **ТЕСТОВАЯ АННА ИВАНОВНА**

Дата рождения **06.06.1958** Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть).

Домашний адрес, телефон Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Сусанина д.1 корп.1 кв.1;

Образование: **высшее**

Место работы, телефон **ООО Студия "Web-design"**

Профессия или должность **ДИЗАЙНЕР** условия труда

Фамилия и место работы мужа, телефон

2. Диагноз: беременность (1 -я) **Беременность двойней** Роды

Осложнения данной беременности

Экстрагенитальные заболевания (диагноз)

3. Исход беременности: **Выписан с улучшением**

недель. Дата

Особенности родов

Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) г. Рост см.

Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме диагноз

Электронный вариант – «Новый документ» - «Акушерство» - «Индивидуальная карта беременной» [ShowN111_U].

Неонатология

Извещение на ребёнка с врожденными пороками развития / Форма № 025-11/у-98

Утверждена приказом Минздрава РФ №268 от 10.09.1998.

Приказ Минздрава России
10 Сентября 1998 г. №268
Медицинская документация
Форма № 025-11/у-98

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Полное наименование и адрес учреждения: Тестовое ЛПУ, Новый адрес

ИЗВЕЩЕНИЕ НА РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

| | |
|--|---|
| ФИО ребенка: КУЗНЕЦОВ МАЛЬЧИК МАЛЬЧИК Дата рождения: 07.02.2012 Дата смерти: ФИО матери: ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА (30.10.1989) | Место проживания матери во время беременности: Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23 Место рождения ребенка: Тестовое ЛПУ, Новый адрес |
| Возраст матери: 22 Порядковый номер родов: 2 Масса тела при рождении: 1990 г | |
| Состояние при рождении: живорожденный Пол ребенка: М Близнецовость: Да Выписан (переведен): в больницу умер Направление на аутопсию: да | |
| Описание врожденных пороков и аномалий развития (продолжение) Экстрофия мочевого пузыря Диагноз: Врожденное отсутствие голени и стопы Код по МКБ: Q72.2 Выявлен впервые: Да | |
| Примечание: информация роддома о врожденном пороке (пороках) развития подтверждается: Да | |

Подпись: Врач В. В. (_____) Дата: 28.04.2012

Печать: 22.05.2012 17:10:43 - DayText

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Неонатология» - «Извещение на ребёнка с врождёнными пороками развития» [PRsformIzvReb].**

Сведения о проведении аудиологического скрининга новорождённому

Утверждена письмом МЗСР РФ №10329-ВС от 30.12.2008.

**СВЕДЕНИЯ
О ПРОВЕДЕНИИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННОМУ В
РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

Наименование учреждения: Тестовое ЛПУ
Адрес учреждения: **Новый адрес**
Пациент (мать ребенка): **ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА**
Дата рождения ребенка **07.02.2012**
Пол ребенка: **М**
Адрес: **Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23**
Дата обследования:
Результат **AD: отоакустическая эмиссия зарегистрирована**
обследования: **AS: отоакустическая эмиссия не зарегистрирована**
Обследование проводил: **Петров Пётр Петрович - врач-терапевт участковый**
Обследование не прошел (указать причины): **мать отказалась**
Факторы риска по **Отсутствие**
тугоухости :

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Неонатология» - «Извещение на ребёнка с врождёнными пороками развития» [PrsformAudSkrin].**

Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

Утверждена письмом МЗСР РФ №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010.

Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

ФИО родильницы ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА (30.10.1989)

Дата родов 07.02.2012 время 16:50:00

| Характер амниотических вод | мекониальные; мутные; зловонные; с примесью крови; светлые | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Состояние новорожденного | 30" | 60" | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 14 | 15 | 20 | 30 |
| Пulsация пуповины | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Произвольные движения | X | X | X | X | | | | | | X | | | | | X | X |
| Дыхание | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отсутствует | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Нерегулярное, типа "гаплинг" | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Регулярное с втяжением углубленных мест грудины, стонущее | | | | | | X | | | | X | | | | | | |
| Регулярное, без дыхательных нарушений | | | | | | | X | | | | | | | | | X |
| ЧСС | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - 60 | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 - 100 | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| более 100 | | | X | | | X | | | | | | | | | X | X |
| Цвет | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Очень бледный | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Разлитой цианоз | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Акроцианоз | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Розовый | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| SpO2(%) | 98 | 98 | 92 | | | | | | | | | | | | | |
| Проводимые мероприятия | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лучистое тепло | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Теплосберегающий пакет/пленка | | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Санация ВДП | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Интубация трахеи | | | | X | | | | | | | | | | | | |
| Санация трахеи | | | | | X | | | | | | | | | | | |
| СРАР | | | | | | | | | | | | | | | | |
| маска | X | | | X | | | | | | | | | | | | |
| назальные канюли | | X | | | X | | | | | | | | | | | |
| назофарингеальная трубка | | | X | | | X | | | | | | | | | | |
| ИВЛ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| маска | X | | X | | X | | | | | | | | | | | |
| интубационная трубка | | X | | X | | X | | | | | | | | | | |
| Параметры: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pip | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peep | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Частота | | | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| Tip | | | | 4 | | | | | | | | | | | | |
| FiO2 | | | | | 5 | | | | | | | | | | | |
| Непрямой массаж сердца | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Адреналин 1:10000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - эндотрахеально, мл | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| - в/в мл | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Физиологический р-р NaCl, мл | | | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| Гидрокарбонат натрия 4%, мл | | | | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Сурфактант, мг | | | | | 5 | | | | | | | | | | | |

Исход: перевод в палату

Дата 10.07.2012

Подпись: DevTeam

Электронный вариант – «Новый документ» - «Неонатология» - «Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале» [PR_ResuscHelp_v2].

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулёза, с рецидивом туберкулёза / Форма №089/у-туб

Утверждена приказом Минздрава РФ №410 от 13.08.2003.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Наименование учреждения здравоохранения (по месту
диспансерного учета)

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 23.08.2003 г. N 410
Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 089/у-туб

ИЗВЕЩЕНИЕ о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза -1, с рецидивом туберкулеза -2

1. ФИО БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ
заполняется полностью фамилия, имя, отчество
2. Пол Мужчина
3. Дата рождения 25.12.1907
4. Место работы, должность _____
5. Адрес фактического проживания больного _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)
6. Житель: Город
7. Социально-профессиональная принадлежность: Неработающий
8. Категория населения: _____
9. Принадлежность к декретированным группам нет-1
10. Сроки предыдущего ФГ обследования 3-5 лет -3
11. Место выявления Поликлиника -1
12. Дата первого обращения за медицинской помощью 23.05.2012
13. Дата взятия на учет в противотуберкулезном диспансере 23.05.2012
14. Обстоятельства, при которых было выявлено заболевание обращение с жалобами -1
15. Выявлен из наблюдаемых в тубучреждениях групп _____
16. Метод выявления флюорография
17. Диагноз Туберкулез легких, подтвержденный неуточненными методами Код МКБ 10 A15.3
18. Наличие распада Нет
19. Подтверждение бактериовыделения Нет
- 19.1. Метод подтверждения бактериовыделения люминесцентная микроскопия
20. Сопутствующее заболевание сахарный диабет -2
- 20.1. Состоит на учете в наркологическом диспансере нет -1 (хрон. алкоголь, наркомания)
21. Дата подтверждения диагноза туберкулеза ЦВКК 23.05.2012

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Фтизиатрия» - «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулёза, с рецидивом туберкулёза» [PR_sformD2TuberFirst].**

Карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулёзной вакциной

Утверждена приказом Минздрава РФ №109 от 21.03.2003

Учреждение, приставшее к карту регистрации
КОГБУЗ Кировская городская больница № 8
наименование учреждения
адрес тегостового ЛПУ
адрес учреждения

Приложение
 к Инструкции по вакцинации
 и ревакцинации против туберкулеза
 вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М

Карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулёзной вакциной

1. Фамилия Имя Отчество: МАЛИНОВИЧ ИННА ВЛАДИМИРОВНА
заполняется полностью фамилия, имя, отчество
2. Дата рождения 26.06.1983
3. Пол Женщина 4. Вид поселения: Село
5. Адрес фактического проживания больного _____
(адрес по столбному месту проживания, телефон)
6. Социально-профессиональная принадлежность:
 Место работы, должность
7. Дата вакцинации
8. Тип БЦЖ:1 БЦЖ-М:1 Серия:222
 Номер вакцины: Число лиц привитой данной серией:
9. Срок годности:
10. Завод изготовитель:
11. Условия хранения:
12. Где проводили прививку:
13. Осмотрен перед прививкой:
14. Индивидуальные особенности ребенка на момент проведения прививки
 При вакцинации: При ревакцинации:
- Пояснения:
 15. Перенесенные заболевания от момента вакцинации до момента выявления осложнения
 Хронические:
 Инфекционные:
 Прочее:
16. Контакт с туберкулезным больным:
17. Дата обращения:
18. Куда обратился:
19. Жалобы:
20. Принятые меры:
21. Результаты дообследования
 Изменения на месте прививки
 Язва (наибольший размер диаметра):
 Холодный абсцесс (наибольший размер диаметра):
 Лимфаденит регионарных лимфоузлов (величина в мм):
 Келоидный рубец (размер в мм):
- Динамика пробы МАНТУ 2 ТЕ
 Анализ крови:
 Анализ мочи:
 Рентгенограмма:
 БК в пунктате:
 Цитол.гистол. анализ: \
- Прочее:
22. Дата взятия на учет, как осложнение БЦЖ
23. Диагноз:
- Наличие свища:
24. Назначенное лечение:
 Хирургическое вмешательство:
25. Причины осложненного течения поствакцинального периода:

 Дата расследования:
27. Причина осложнения по мнению эксперта:

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Фтизиатрия» - «Карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулёзной вакциной» [PR_sformD2TuberComplication].**

Акт расследования осложнения после иммунизации туберкулёзной вакциной

Утверждён методическими рекомендациями Минздрава РФ №99/219 от 20.03.2000

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

АКТ РАССЛЕДОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВАКЦИНОЙ

Адрес противотуберкулезного диспансера _____
Детской поликлиники _____

I. Вступительная часть:
Фамилия Имя Отчество ребенка ИВАНОВ ИВАН ПЕТРОВИЧ
заполняется полностью фамилией, и.и.м. отчеством

Дата рождения 19.01.1987

Детское учреждение _____

Адрес фактического проживания больного _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)

II. Сведения о препарате:

Наименование препарата (БЦЖ или БЦЖ-М) _____

Серия: 45

Дата выпуска: _____

Срок годности: _____

Предприятие-изготовитель: _____

Препарат получен в количестве: _____

Дата получения: _____

Условия и температурный режим хранения в месте применения: _____

Нарушения процедуры иммунизации: _____

Число лиц, привитых данной серией: 12

Наличие у привитых необычных реакций на иммунизацию: _____

III. Сведения о состоянии здоровья привитого:

Дата вакцинации: 20.02.2006

Дата ревакцинации I: 20.05.2013

Дата ревакцинации II: _____

Кем осмотрен перед прививкой: _____

Температура перед иммунизацией: _____

Индивидуальные особенности: _____

При вакцинации: _____

Иммунодепрессанты: _____

При ревакцинации: _____

Положительная реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л

Пояснения: _____

Перенесенные заболевания (с указанием даты и длительности): _____

Заболевания аллергического характера: Аллергический дерматит

Проведены другие прививки (с указанием даты): _____

Сведения о туберкулиновых пробах: _____

Контакт с туберкулезным больным: Есть

IV. Клиническое течение:

Течение поствакцинального периода (в т.ч. указать сопутствующие заболевания в этот период)

Хронические: _____

аллергические, бронхолегочные

Инфекционные: _____

ОРЗ, детские инфекции

Прочее: _____

Жалобы: _____

Дата обращения: _____

Изменения на месте прививки в момент первичного осмотра:

1. язва (наибольший размер диаметра): 5 мм

2. холодный абсцесс (наибольший размер диаметра): _____

3. лимфаденит регионарных лимфоузлов (величина в мм): _____

4. келоидный рубец (размер в мм): _____

Данные обследования: _____

Общий анализ крови: _____

Общий анализ мочи:
Рентгенологическое исследование:
Бактериологическое исследование:
Цитологическое исследование:
Гистологическое исследование:
Другие методы исследования:
Диагноз осложнения:
Течение осложнения:

V. Организация медицинской помощи:

Лечение:
Хирургическое вмешательство:
Госпитализация: Тестовое ЛПУ

VI. Заключение комиссии о причинах осложнения:

Должности членов комиссии:
Дата расследования:
Внеочередное заседание послано по Дата:

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Фтизиатрия» - «Карта регистрации больного с осложнением после иммунизации туберкулёзной вакциной» - «Печать акта расследования» [PR_sformD2TuberComplication].**

Онкология

Извещение о больном, с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования / Форма №090/у

Утверждена приказом Минздрава РФ №135 от 19.04.1999.

Наименование учреждения здравоохранения (по месту диспансерного учета)
КОГБУЗ Кировская городская больница № 8

Ф. № 090/У Утв. МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999г. № 135

**Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
злокачественного новообразования**

01. Адрес и название учреждения, в котором заполнено извещение КОГБУЗ Кировская городская больница № 8
02. Извещение направлено в БУЗ ВО "Вологодская городская поликлиника №1"
03. ФИО **ДЕДУШКА РОМАН В**
04. Дата рождения **01.10.1996**
05. Пол: мужской женский неизвестно
06. Этническая группа **Немец**
07. Домашний адрес **Байконур г, Кондопожский р-н, г Кондопога, п Тюра-Там, ул. Жахаева д.4 корп.6 кв.2**
08. Житель: города села неизвестно
09. Профессиональная группа: **ЮРИСТ КОНСУЛЬТ**
указать профессию, преобладавшую в течении жизни
10. Дата первого обращения в медицинское учреждение (любое) по поводу данного заболевания **29.12.2014**
11. Дата установления диагноза: **29.12.2014**
12. Порядковый номер данной злокачественно опухоли у данного больного **1**
13. Локализация опухоли **Холера**, код: **A00**
14. Морфологический тип опухоли **Миелодиспластический синдром БДУ (D46.9)**, код: **M9989/1**
15. Стадия опухолевого процесса по системе TNM: T(0-4) X, 0 N(0-3) X, 1, 1c M(0,1) X **1a, 1b**
16. Стадия опухолевого процесса:
 1a 2a 3a 4a in situ
 1b 2b 3b 4b неприменимо
 1c 2c 3c 4c неизвестна
 1 стадия 2 стадия 3 стадия 4 стадия
17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):
 отдаленные лимфатич. узлы кожа другие органы
 кости почки множественные
 печень яичники неизвестна
 легкие и/или плевра брюшина
 головной мозг костный мозг
18. Метод подтверждения диагноза:
 морфологический лабораторно-инструментальный
 цитологический только клинический
 эксплоративная операция неизвестен
19. Обстоятельства выявления опухоли:
 обратился сам посмертно при аутопсии
 активно (при профосмотре) посмертно без аутопсии
 активно (в смотровом кабинете) неизвестно
 при других обстоятельствах
20. В какое медицинское учреждение направлен больной **АНО СБ ВЛ ФП РС(Я)**
21. Дата заполнения извещения **29.12.2014**
Фамилия, инициалы, телефон врача: , заполнившего извещение **Абрамова-Абакумова Свeглана Николаевна - Врач по водолазной медицине () Детская урология-андрология**

Подпись врача _____

ОТРЫВНОЙ ТАЛОН

к извещению о больном с впервые установленным диагнозом
злокачественного новообразования

1. Категория больных: (при наличии нескольких отметить все категории)

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 - работник обслуживаемого предприятия, связанный с профессиональной вредностью | <input type="checkbox"/> | 2 - пенсионер, ранее работавший на обслуживаемом предприятии в условиях профессиональной вредности |
| <input type="checkbox"/> | 3 - работник обслуживаемого предприятия, не связанный с профессиональной вредностью | <input type="checkbox"/> | 4 - пенсионер, ранее работавший на обслуживаемом предприятии не связанный с профессиональной вредностью |
| <input type="checkbox"/> | 5 - житель загрязненной территории | <input type="checkbox"/> | 6 - участник ликвидации аварии на ЧАЭС |
| <input type="checkbox"/> | 7 - прочий контингент | <input type="checkbox"/> | 8 - нет сведений |

2. Наличие контакта с производственными факторами:

| | | | | | | | | |
|--------------------------|----|--|--------------------------|----|---|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | 01 | Ионизирующее излучение | <input type="checkbox"/> | 02 | Радиоактивные вещества (плутоний, радий, стронций и т.д.) | <input type="checkbox"/> | 03 | Пыль с адсорбированным на ней бензолом |
| <input type="checkbox"/> | 04 | Соединения пыли радиоактивных руд | <input type="checkbox"/> | 05 | Пыль с адсорбированными на ней аминами бензольного и нафталинового ряда | <input type="checkbox"/> | 06 | Пыль с адсорбированными на ней углеводородами (ПАУ) |
| <input type="checkbox"/> | 07 | Гидрозин, его соединения и другие КРТ | <input type="checkbox"/> | 08 | Пыль с адсорбированными на ней углепластиками | <input type="checkbox"/> | 09 | Вибрации |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Соединения никеля, шестивалентного хрома и мышьяка | <input type="checkbox"/> | 11 | Пыль с адсорбированными на ней винилхлоридами | <input type="checkbox"/> | 12 | Ртуть |
| <input type="checkbox"/> | 13 | Свинец и его соединения | <input type="checkbox"/> | 14 | Бериллий и его соединения | <input type="checkbox"/> | 15 | ОВ (кожно-нарывные и фосфоорганические) |
| <input type="checkbox"/> | 16 | Шум | <input type="checkbox"/> | 17 | Сочетание нескольких факторов | <input type="checkbox"/> | 18 | Другие факторы (указать) |
| <input type="checkbox"/> | 19 | Нет сведений | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | |

3. Длительность контакта:

| | | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1-до 5 лет | <input type="checkbox"/> | 2-от 5 до 10 лет | <input type="checkbox"/> | 3-свыше 10 лет | <input type="checkbox"/> | 0-неизвестно |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|

4. Наследственность (онкологическое заболевание у близких родственников):

| | | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1-есть | <input type="checkbox"/> | 2-нет | <input type="checkbox"/> | 0-неизвестно |
|--------------------------|--------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|

5. Вредные привычки:

| | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | 1-курение | <input type="checkbox"/> | 3-прочие | <input type="checkbox"/> | 0-неизвестно |
| <input type="checkbox"/> | 2-алкоголь | <input type="checkbox"/> | 4-отсутствуют | | |

6. Обращения в лечебные учреждения (поликлиника, стационар) в течение последнего года перед заболеванием:

| Специалист | Даты | Диагноз | Проведенные обследования |
|-----------------|------|---------|--------------------------|
| Терапевт | | | |
| Хирург | | | |
| Уролог | | | |
| Гинеколог | | | |
| Невролог | | | |
| Окулист | | | |
| Др. специалисты | | | |
| Не обращался | | | |

7. Периодические осмотры

| Специалист | Дата последнего осмотра по приказу №90 | Диагноз | Проведенные обследования |
|-----------------|--|---------|--------------------------|
| Терапевт | | | |
| Хирург | | | |
| Уролог | | | |
| Гинеколог | | | |
| Невролог | | | |
| Окулист | | | |
| Др. специалисты | | | |
| Не обращался | | | |

8. Первично - множественные опухоли

| Порядковый номер | 1 | 2 | 3 | 4 | Более 4-х |
|----------------------------|---|---|---|---|-----------|
| Дата установления диагноза | | | | | |
| Диагноз | | | | | |

9. Дата взятия на учет _____

10. Дата смерти _____

11. Причина смерти (кодируется по МКБХ)

- а) прогрессирование заболевания (шифруется как код заболевания)
- б) послеоперационное осложнение (кодификатор № 10 приказа № 135)
- в) от сопутствующих заболеваний
- г) нет сведений

12. Аутопсия:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1-проводилась | <input type="checkbox"/> | 2-диагноз подтвержден | <input type="checkbox"/> | 3-диагноз не подтвердился | <input type="checkbox"/> | 4-сведения отсутствуют | <input type="checkbox"/> | 0-не проводилась |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|

Электронный вариант – «Новый документ» - «Онкология» - «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» [PR_sformOnkologyNotice].

Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием / Форма №030/ГРР

Утверждена приказом Минздрава РФ №135 от 19.04.1999.

Наименование учреждения здравоохранения (по месту
диспансерного учета)
ПОЛИКЛИНИКА №1

Форма № 030/ГРР
Утверждена МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999 г. № 135

Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием № 4

Раздел "Идентификация пациента"

01. Номер амбулаторной карты **7**
02. Страховой полис: ЗАО ВОСТСИБМЕДЖАСО (Иркутская область) / 02 5454545
03. Фамилия Имя Отчество **ПЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ**
04. Дата рождения **10.01.1956**
05. Пол **Мужчина**
06. Вид документа

Раздел "Пациент"

07. Этническая группа **Немец**
08. Район **Карелия**
09. Населенный пункт **Петрозаводск**
10. Адрес больного **Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Архипова д.2 кв.2**
№ телефона
11. Житель **Города**
12. Социально-профессиональная группа **ВЕДУЩИЙ ИНЖЕНЕР**
13. Инвалидность по основному составу Вид: **Инвалид по профессиональному заболеванию. Группа: 3**
14. Число первичных злокачественных новообразований у пациента **1**
15. Медицинское учреждение, наблюдающее больного **Городской онкологический диспансер**
16. Дата взятия на учет в ОД **30.10.2012**
17. Взят на учет в ОД **при жизни (впервые)**
18. Дата снятия с учета
19. Причина снятия с учета
20. Дата смерти
21. Причина смерти
22. Аутопсия

23. Раздел "Диагноз"

-

24. Раздел "Лечение"

-

Раздел "Контроль состояния"**25. Данные о состоянии пациента**

| Назначено явиться | Явился | Мониторинг опухоли | Общее состояние |
|----------------------|------------|---------------------------|--------------------------|
| 13.10.2009 | 13.10.2009 | без рецидива и метастазов | |
| 22.12.2009 | 25.12.2009 | без рецидива и метастазов | способен к легкой работе |
| 10.02.2010 | 18.08.2010 | без рецидива и метастазов | полностью трудоспособен |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

26. Состояние на конец отчетного года

| № | Год | Состояние на конец года | № | Год | Состояние на конец года |
|---|------------|-------------------------|----|-----|-------------------------|
| 1 | 01.08.2009 | клиническая группа II | 8 | | |
| 2 | 01.08.2010 | выехал | 9 | | |
| 3 | | | 10 | | |
| 4 | | | 11 | | |
| 5 | | | 12 | | |
| 6 | | | 13 | | |
| 7 | | | 14 | | |

Электронный вариант – **«Диспансерный учёт» - «Онкология» - «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием» [PR_sformD2Disp30OnkologyR].**

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием/ Форма №030-6/у

Утверждена приказом Минздрава РФ №135 от 19.04.1999.

Наименование учреждения здравоохранения (по месту диспансерного учета)
ПОЛИКЛИНИКА №1

Форма № 030-6/у
Утверждена МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999 г. № 135

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием № 4

РАЗДЕЛ "ПАЦИЕНТ"

01. Номер амбулаторной карты 7
02. Фамилия Имя Отчество ПЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ
03. Дата рождения 10.01.1956
04. Пол Мужчина
05. Этническая группа Немец
06. Адрес больного Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Архипова д.2 кв.2
07. Житель Города
08. Социально-профессиональная группа ВЕДУЩИЙ ИНЖЕНЕР
09. Число первичных злокачественных новообразований у пациента 1
10. Дата взятия на учет в ОД 30.10.2012 21:55:39
11. Взят на учет в ОД при жизни (впервые)
12. Дата снятия с учета
13. Причина снятия с учета
14. Дата смерти
15. Причина смерти
16. Аутопсия

РАЗДЕЛ " ДИАГНОЗ"

17. Дата установления диагноза
18. Порядковый номер данной опухоли у данного больного
19. Первично-множественная опухоль
20. Признак основной опухоли
21. Топография опухоли
22. Сторона поражения
23. Морфологический тип опухоли
24. Стадия опухолевого процесса по системе TNM
 - T -
 - N -
 - M -
25. Стадия опухолевого процесса
26. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания)
27. Метод подтверждения диагноза
28. Обстоятельства выявления опухоли
29. Результат аутопсии применительно к данной опухоли

РАЗДЕЛ "ЛЕЧЕНИЕ" Общая характеристика проведенного специального лечения

30. Даты начала и окончания специального лечения первичной опухоли
 - начало
 - окончание
31. Проведенное лечение первичной опухоли
32. Причины незавершенности радикального лечения
33. Поздние осложнения лечения

РАЗДЕЛ "ЛЕЧЕНИЕ"

34. Хирургическое лечение

Дата операции
Название операции
Условия проведения лечения
Место проведения лечения
Осложнения лечения

35. Лучевое лечение

Дата начала курса
Дата окончания курса
Способ облучения
Вид лучевой терапии
Метод лучевой терапии

Радиомодификаторы
Суммарная доза на опухоль Гр
Суммарная доза на зоны регионарного метастазирования Гр
Условия проведения лечения
Место проведения лечения
Осложнения лечения

36. Химиотерапевтическое лечение

Дата начала курса
Дата окончания курса
Вид химиотерапии
Препараты, дозы, доза:
Условия проведения лечения
Место проведения лечения
Осложнения лечения

37. Гормоноиммунотерапевтическое лечение

Дата начала курса
Дата окончания курса
Вид гормонотерапии
Препараты, дозы, доза:
Условия проведения лечения
Место проведения лечения
Осложнения лечения

Электронный вариант – **«Диспансерный учёт» - «Онкология» - «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием» [PR_sformD2Disp30Onkology].**

Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования / Форма №027-2/у

Утверждена приказом Минздрава РФ №135 от 19.04.1999.

Наименование учреждения здравоохранения (по месту
диспансерного учета)
ПОЛИКЛИНИКА №1

Ф. № 027-2/У Утв. МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999г. № 135

Протокол* на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа IV)

(составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте стационарного больного /амбулаторной карте/, второй пересылается онкологический диспансер по месту жительства больного)

- № медицинской карты стационарного больного (амбулаторной карты) **7**
01. Составлен лечебным учреждением (название, адрес) **ПОЛИКЛИНИКА №1**
 02. ФИО **ПЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ**
 03. Дата рождения **10.01.1956**
 04. Пол **Мужчина**
 05. Домашний адрес **Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Архипова д.2 кв.2**
 06. Основной диагноз
 - 06.1 Локализация опухоли **Рак восходящей ободочной кишки; код: С18.2**
 - 06.2 Морфологический тип опухоли **Аденокарцинома, БДУ; код: 8140/3**
 - 06.3 Стадия опухолевого процесса по системе TNM:
 - T(0-4,x) **2a**
 - N(0-3,x) **0**
 - M(0,1,x) **X**
 - 06.4 Стадия опухолевого процесса **2a**
 07. Локализация отдаленных метастазов **неизвестна**
 08. Метод подтверждения диагноза **морфологический**
 09. Дата установления запущенности рака
 10. Дата появления первых признаков заболевания
 11. Первое обращение больного за медицинской помощью по поводу заболевания в какое лечебное учреждение

* настоящий протокол составляется при III стадии злокачественных новообразований **визуальных локализаций**: губы (C00), основания языка (C01), других и неуточненных отделов языка (C02), десны (C03), дна полости рта (C04), неба (C05), других и неуточненных частей рта (C06), околоушной слюнной железы (C07), других и неуточненных больших слюнных желез (C08), небной миндалины (C09), ротоглотки (C10), прямой кишки (C20), заднего прохода и анального канала (C21), кожи (C44), молочной железы (C50), вульвы (C51), влагалища (C52), шейки матки (C53), полового члена (C60), яичка (C62), кожи мошонки (C63.2), глаза (C69), щитовидной железы (C73), меланомы кожи (C44).

12. Дата установления первичного диагноза злокачественного новообразования 26.08.2009 00:00:00 учреждение, где впервые был установлен диагноз рака **Областной онкологический диспансер**

13. Указать в хронологическом порядке этапы обращения больного к врачам и в лечебные учреждения по поводу данного заболевания, о каждом учреждении необходимо отметить следующее

| Наименование учреждения | Дата обращения | Методы исследования | Поставленный диагноз | Проведенное лечение |
|-------------------------|----------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

14. Причины поздней диагностики

15. Данные клинического разбора настоящего случая

Наименование учреждения, где проведена конференция

Дата конференции

Организационные выводы

Подпись врача, составившего протокол **Петров Петр Петрович - врач-терапевт участковый** ()

Подпись главного врача _____

Дата составления протокола **23.05.2012**

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Онкология» - «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования» [PR_sformOnkologyProtocol].**

Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием / Форма №027-1/у

Утверждена приказом Минздрава РФ №135 от 19.04.1999.

Наименование учреждения здравоохранения (по месту
диспансерного учета)
СТАЦИОНАР

Ф. № 027-1/у Утв. МЗ
Российской Федерации
19 апреля 1999 г. № 135

ВЫПИСКА из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием (заполняется всеми стационарами)

01. Название и адрес учреждения, выдавшего выписку
02. Название и адрес учреждения, куда направляется выписка
03. Фамилия Имя Отчество **БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ**
04. Дата рождения **25.12.1907**
05. Пол **Мужчина**
06. Вид документа **Паспорт гражданина России серия 8878 № 987876 выдан ОВД 06.12.2010**
07. Адрес больного **Ленинградская обл, Всеволожский р-н, г Всеволожск, ул. Антоновская д.854 корп.8 кв.89**
№ телефона **777-77-77**
08. Житель **Города**
09. Социально-профессиональная группа
10. Дата поступления в стационар: **10.03.2009**
11. Дата выписки из стационара или смерти: **16.04.2012**
12. Длительность пребывания в стационаре в днях
13. Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в период данной госпитализации:
14. Цель госпитализации:
15. Заключительный диагноз:
 - 15.1. Топография опухоли
 - 15.2. Морфологический тип опухоли
 - 15.3. Стадия по системе TNM:
 - T -**
 - N -**
 - M -**
 - 15.4. Стадия опухолевого процесса:
 - 15.5. Локализация отдаленных метастазов:
 - 15.6. Метод подтверждения диагноза:
16. Сопутствующие заболевания: код:
17. Характер проведенного за период данной госпитализации лечения
18. Причины незавершенности радикального лечения
19. Хирургическое лечение
 - 19.1. Дата операции:
 - 19.2. Название операции

19.3. Особенности хирургического лечения

- 19.3. Осложнения хирургического лечения:
- 20. Лучевое лечение
 - 20.1. Дата начала курса лучевой терапии:
 - 20.2. Способ облучения
 - 20.3. Вид лучевой терапии
 - 20.4. Методы лучевой терапии
 - 20.5. Радиомодификаторы
 - 20.6. Поля облучения
 - 20.7. Суммарная доза на опухоль: Гр
 - 20.8. Суммарная доза на зоны регионарного метастазирования Гр
 - 20.9. Осложнения лучевого лечения:
- 21. Химиотерапевтическое лечение
 - 21.1. Дата начала курса химиотерапии:
 - 21.2. Вид химиотерапии:
 - 21.3. Препараты, дозы
 - 21.4. Осложнения химиотерапевтического лечения:
- 22. Гормонотерапевтическое лечение
 - 22.1. Дата начала курса:
 - 22.2. Вид гормонотерапии:
 - 22.3. Препараты, дозы
 - 22.4. Осложнения лечения:
- 23. Другие виды специального лечения:
- 24. Особенности случая:
- 25. Лечебные и трудовые рекомендации:

26. Фамилия и инициалы, телефон врача, заполнившего выписку

Дата заполнения выписки Подпись врача _____

Печать: 23.05.2012 04:57:20 - DevTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Онкология» - «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» [PR_sformD2Disp30OnkologyVipis].**

Эндокринология

Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом / Форма №40-99

Утверждена приказом МЗМП РФ №193 от 31.05.2000.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Медицинская документация
Форма №40-99
Утверждена Минздравом РФ

**КАРТА
ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

| Раздел 0. Основные сведения | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Код формы | 2. ДАТА заполнения карты | 3. Код учреждения по ОКПО | 4. Дополнительный код |
| 40-99 | 25.02.2007 | | |

| Раздел 1. Идентификация | |
|-------------------------|---|
| Пациент | КУЗНЕЦОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА (31.12.1947) |
| Пол | Женщина |

| Раздел 2. Адрес и место жительства | |
|------------------------------------|--|
| Домашний адрес | МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл, г НОВО-ДЕВЯТКИНО, . ВТОРАЯ КРАСНОАРМЕЙСКАЯ д 22 кв. 11 |
| Место работы, профессия | ОАО АВГУСТ - МЕХАНИЧЕСКИЙ ЦЕХ / СЛЕСАРЬ-РЕМОНТНИК |

| Раздел 3. Сведения о заболевании и лечении сахарного диабета | |
|--|-------------------------------|
| Основной диагноз | Код МКБ-10 |
| Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений | E 11.9 |
| Год установления диагноза | 01.02.1988 |
| Год начала инсулинотерапии | 01.02.1995 |
| Тип диабета | ИЗСД |
| Рост | Вес |
| | ИМТ: 34,375 кг/м ² |
| АД справа | 175/110 мм.рт.ст. |
| АД слева | 180/110 мм.рт.ст. |
| Диета | Да |
| Самоконтроль | да |
| Название сахароснижающих таблеток и их количество в день, получаемых больным в момент заполнения карты | |
| Название получаемых инсулинов и их суммарная доза за сутки в момент заполнения карты | |
| Последние лабораторные данные | |
| НbA1c % | Креатинин мкмоль/л |
| Общ холестерин ммоль/л | НbA1с % |
| Микроальбуминурия Альфа-холестерин мкмоль/л | Суточная протеинурия г/л |
| Триглицериды мкмоль/л | |

Раздел 3. Сведения о заболевании и лечении сахарного диабета

Гиперлипидемия, гиперлипидемия, гиперлипидемия, гиперлипидемия, гиперлипидемия

| Раздел 4. Осложнения сахарного диабета | |
|--|-----------------------------|
| Виды осложнений | Год установления осложнения |
| Диабетическая кома кетоацидотическая | 01.02.2007 |
| Задержка физического развития у детей | |
| Хайропатия да | 01.02.2005 |
| Диабетическая катаракта слепота на один или оба глаза вследствие катаракты | 01.02.2006 |
| Диабетическая ретинопатия пролиферативная стадия | 01.02.2006 |
| Диабетическая нефропатия диализ | 01.02.2009 |
| Диабетическая сенсорная нейропатия да | 01.02.2004 |
| Автономная нейропатия да | 01.02.2006 |
| Диабетическая макроангиопатия нижних конечностей да | 01.02.2007 |
| Диабетическая стопа с изъязвлением | |
| Стенокардия покоя | 01.02.1999 |
| Инфаркт миокарда да | 01.02.2000 |

| | |
|--|------------|
| Нарушение мозгового кровообращения нет | |
| Гипертония да | 01.02.1988 |

| Раздел 5. Качество жизни |
|--|
| 1. Число дней нетрудоспособности за последние 12 месяцев на момент заполнения карты: 165 |
| 1. Стационарное лечение 89 дней/12 мес. 2. Амбулаторное лечение 46 дней/12 мес. |
| 2. Гипотикемии 7 (число/12 мес.) Кетоацидоз 2 (число/12 мес.) |

| Раздел 6. Инвалидность |
|--|
| 1. Дата установления инвалидности: 14.09.2009 |
| 2. Инвалидность 2 / Инвалид по профессиональному заболеванию |
| 3. Причина инвалидности сахарный диабет |

| Раздел 7. Сведения о беременности |
|--|
| 1. Беременность в год регистрации или наблюдения и ее исход: нет |

ВРАЧ Петров Петр Петрович - врач-терапевт участковый Подпись:

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Эндокринология» - «Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом» [PR_sformD2ScreenEndokr].**

Карта снятия с учета больного сахарным диабетом / Форма №41-99

Утверждена приказом МЗ РФ №193 от 31.05.2000.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Медицинская документация
Форма №41-99
Утверждена Минздравом РФ

КАРТА СНЯТИЯ С УЧЕТА БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

| Раздел 0 | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Код формы | 2. ДАТА заполнения карты | 3. Код учреждения по ОКПО | 4. Дополнительный код |
| 41-99 | | | |
| Раздел 1. Идентификация | | | |
| Пациент КУЗНЕЦОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА (31.12.1947) | | | |
| Пол Женщина | | | |
| Раздел 2. Адрес и место жительства | | | |
| Домашний адрес МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл, г НОВО-ДЕВЯТКИНО, - ВТОРАЯ КРАСНОАРМЕЙСКАЯ д 22 кв. 11 | | | |
| Место работы, профессия ОАО АВГУСТ - МЕХАНИЧЕСКИЙ ЦЕХ / СЛЕСАРЬ-РЕМОНТНИК | | | |
| Раздел 3. Сведения о снятии с учета | | | |
| Дата снятия с учета 01.02.2010 | | | |
| Причины снятия с учета Смерть | | | |
| Дата смерти 01.02.2010 | | | |
| Место смерти, умер(ла) в больнице да | | | |
| Непосредственные причины смерти Гангрена | | | |
| Заболевания, которые способствовали наступлению смерти Хронические формы ИБС | | | |
| Источник полученных сведений Выписка из медицинской карты стационарного или амбулаторного больного | | | |
| ВРАЧ Петров Петр Петрович - врач-терапевт участковый Подпись | | | |

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Эндокринология» - «Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом» - «Печать карты снятия с учёта» [PR_sformD2ScreenEndokr].**

Трансплантология**Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека / Форма №057-т/у**

Утверждена приказом МЗСР РФ №358 от 25.05.2007.

Учетная форма №057-т/у
Утверждена
Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 25 мая 2007 г. N 358

**Медицинское заключение о необходимости трансплантации
органов и (или) тканей человека № 2**

1. Фамилия, имя, отчество реципиента (больного) АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА
АЛЕКСАНДРОВНА
2. Пол: Женщина
3. Возраст (полных лет) 22
4. Адрес места жительства Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588
5. Место пребывания (адрес медицинской организации) Новый адрес
6. Группа крови В(III)0
7. Резус-фактор отрицательная
8. Фенотип реципиента Фенотип реципиента
9. Уровень антител 1:100
10. Уровень предшествующих антител 1:1000
11. Заключительный диагноз Другие уточненные болезни поджелудочной железы (K86.8)
12. Показания к трансплантации: Кишечник и его фрагменты; Поджелудочная железа с
12-перстной кишкой
13. Заключение консилиума: Больной показана трансплантация поджелудочной железы

10.09.2012Зав. отделением Павлов Павел Павлович - зав. хирургическим отделениемВрач-консультант Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург
М.П.

Печать: 14.09.2012 12:07:01 - DevTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Трансплантология» - «Медицинское заключение о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека» [PR_sformTransplant].**

Протокол установления смерти мозга / Форма №017-1/у

Утверждён приказом МЗ РФ №189 от 10.08.1993

Протокол установления смерти мозга

Фамилия Имя Отчество АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА

Дата рождения 04.05.1990 Возраст 22 № истории болезни 17

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга Ушибленная рана в височной части головы (S01.0)

в составе:

врача - анестезиолога - реаниматолога Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации

врача - невролога Сигизмундов Сигизмунд Сигизмундович - врач-невролог

врачей - специалистов Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург

в течение 2 часов обследовали состояние больного и констатируют, что:

I. Исключены следующие факторы, препятствующие установлению диагноза смерти мозга

(констатация факторов отмечается словом "исключено")

| | |
|--|----------------------|
| Артериальное систолическое давление (ниже 90 мм рт. ст.) | <u>40 мм рт. ст.</u> |
| Ректальная температура (ниже 32 °С) | <u>31,5 С</u> |
| - интоксикации, включая лекарственные | <u>Исключено</u> |
| - миорелаксанты | <u>Исключено</u> |
| - наркотизирующие средств | <u>Исключено</u> |
| - метаболические или эндокринные комы | <u>Исключено</u> |
| - гиповолемический шок | <u>Исключено</u> |
| - первичная гипотермия | <u>Исключено</u> |

II. Зарегистрированы следующие признаки, указывающие на прекращение функции больших полушарий и ствола головного мозга:

(констатация признаков и данных дополнительных тестов отмечается словом "да")

| | |
|--|--------------------|
| полное и устойчивое отсутствие сознания (кома) | <u>Да</u> |
| отсутствие самостоятельного дыхания | <u>Да</u> |
| отсутствие реакции на сильные болевые раздражители (надавливание на тригеминальные точки, грудину) и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга | <u>Да</u> |
| атония всех мышц | <u>Да</u> |
| зрачки не реагируют на свет | <u>Да</u> |
| диаметр зрачков больше 5 мм | <u>Да</u> |
| отсутствие корнеальных рефлексов | <u>Да</u> |
| отсутствие окулоцефалических рефлексов | <u>Да</u> |
| отсутствие окуловестибулярных рефлексов | <u>Да</u> |
| отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов (при движении эндотрахеальной трубки и санации дыхательных путей) | <u>Да</u> |
| отсутствие самостоятельного дыхания во время разъединительного теста (уровень PaCO ₂ должен быть не менее 60 мм рт. ст.) | <u>Да</u> |
| а) PaCO ₂ в конце проверки алноз | <u>40 мм рт ст</u> |

б) РаО2 в конце проверки апноэ

15 мм рт.ст.**III. Дополнительные (подтверждающие) тесты**

(констатация данных дополнительных тестов отмечается словом "да")

А. Электроэнцефалограмма (полное электрическое молчание мозга)

Да

Б. Церебральная ангиография (отсутствие заполнения внутримозговых артерий)

Да**IV. Комментарии**Выявленные клинические нарушения имеют необратимый характер**V. Заключение**

Рассмотрев вышеуказанные результаты и руководствуясь в их трактовке Инструкцией по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга, свидетельствуем о смерти больного АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА, на основании смерти мозга.

дата 10.09.2012время смерти 12:00:00

Подписи врачей, входящих в комиссию:

Печать: 14.09.2012 12:20:42 - DevTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Трансплантология» - «Протокол установления смерти мозга» [PR_sformBrainDeath].**

Акт об изъятии органов у донора трупа для трансплантации / Форма № 033/у-93

Утверждена приказом МЗ РФ №189 от 10.08.1993.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
(наименование учреждения)

Код формы по ОКУД 5105806
Код учреждения по ОКПО ___
Медицинская документация
Форма N 033/у-93
Утверждена
Приказом Минздрава
Российской Федерации
от 10 августа 1993 г. №189

Акт об изъятии органов у донора-трупа для трансплантации

Ф.И.О донора АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА

1. Изъятие донорского(их) органа(ов) (сердце, печень, почки, легкие и пр.) Комплекс «Сердце-лёгкое» произведено после констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга по разрешению главного врача Терентьев Терентий Терентьевич - зам. по лечебной работе судмедэксперта <*> Ипполитов Ипполит Ипполитович - врач-судебно-медицинский эксперт

2. Производил изъятие донорского(их) органа(ов) врач-хирург Павлов Павел Павлович - зав. хирургическим отделением

3. Способ изъятия донорского(их) органа(ов) (описание операции) Текст операции по изъятию органов

4. При изъятии донорского(их) органа(ов) присутствовали:

- анестезиолог (реаниматолог) Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением

анестезии и реанимации

- операционная медсестра Александрова Александра Александровна - операционная

медсестра

5. Какому учреждению передан(ы) донорский(ие) орган(ы) Городская больница

6. Время начала и конца изъятия: с 09.09.2012 23:00:00 по 09.09.2012 02:00:00

Подписи: Анестезиолог (реаниматолог) _____

Врач(и)-хирург(и) _____

Операционная медсестра _____

<*> В случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, и с уведомлением прокурора.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Трансплантология» - «Акт об изъятии органов у донора трупа для трансплантации» [PR_sformActTransplant].**

Патологическая анатомия

Протокол патологоанатомического вскрытия / Форма №013/у

Утверждён приказом МЗ РФ №354н от 06.06.2013.

Тестовое ЛПУ
(полное наименование медицинской организации)
222222 Республика Карелия, г. Петрозаводск,
пр. Ленина, д.333
(адрес медицинской организации)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма N 013/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 6 июня 2013 г. N 354н

Протокол патолого-анатомического вскрытия N 34 11.09.2014

1. Наименование медицинской организации и отделения, в котором наблюдался и умер пациент(ка) Тестовое ЛПУ
2. Медицинская карта амбулаторного (стационарного) пациента № 4
3. Фамилия, имя, отчество умершего (ей) СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ
4. Пол: Мужчина
5. Дата рождения: 22.11.1977
6. Дата смерти: 14.05.2013 16:00:00
7. Место жительства (регистрации) умершего (ей): Чукотский АО, Иультинский р-н, пгт Мыс Шмидта, ул. Молодежная д.555
8. Местность: село
9. Семейное положение: Женат
10. Образование: начальное
11. Занятость: Работающий
12. Дата поступления в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент(ка): 23.04.2008 21:45:00
13. Доставлен в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент(ка) через 12 часов после начала заболевания
14. Фамилия, имя, отчество лечащего врача (фельдшера): Николаев Николай Николаевич - врач-хирург
15. Лечащий врач (заведующий отделением) присутствовал на патолого-анатомическом вскрытии: нет
16. Дата проведения патолого-анатомического вскрытия:
17. Основные клинические данные:
Анамнез

Проведенное лечение

Проведенное обследование

Лабораторное обследование

Объективные данные

18. Заключительный клинический диагноз:

| | |
|--|---------|
| Основной диагноз | Код МКБ |
| Язвенная болезнь, обострение. Перфоративная язва 12-перстной кишки | K26.5 |
| Осложнение основного диагноза | Код МКБ |
| Разлитой фибринозно-гнойный перитонит | K65.0 |
| Сопутствующий диагноз | Код МКБ |
| ИБС. Состояние после АКШ и МКШ (13.10.05). Гипертоническая болезнь III ст. I20 (риск 4: пол, курение, гипер- и дислипидемия, АС ВДА, ангиопатия сетчатки, ГЛЖ, ИБС), вне ухудшения. ОСЛ.: Редкая одиночная НЭС, ЖЭС. НК 1ст. (ХСН ФК 1). | |

Патолого-анатомическое вскрытие

19. Наружный осмотр тела:

рост (см) 182, масса тела (кг) 96,
телосложение ,
состояние питания ,
состояние мышечной и костной систем ,
кожный покров: головы, шеи, груди, туловища, конечностей ;
трупные пятна и их расположение ,

состояние естественных отверстий ,
наружные половые органы ,
операционные раны: длина разреза (см), характер операционной раны, швы, выделения
из раны ,
следы инъекций и изменения в их зоне .

20. Брюшная полость:

расположение органов ,
листки брюшины , сращения ,
наличие свободной жидкости в брюшной полости ;
внешний вид и размеры внутренних органов до вскрытия: диафрагма ,
печень , селезенка ,
большой сальник , желудок ,
кишечник , мочевого пузыря ,
червеобразный отросток .

21. Грудная полость:

расположение органов ,
объем легкого , сращения и жидкость в плевральных полостях ;
наружный осмотр сердца: форма , расположение ;
вилочковая железа: расположение , величина (см) .

22. Полость черепа:

мягкие покровы головы при отделении их от черепа ,
кости черепа ;
оболочки головного мозга: мягкая ,
паутинная , твердая ;
кровенаполнение сосудов ;
головной мозг: объем (куб см) , масса (г) ,
консистенция , вещество мозга ,
желудочки , мозжечок ,
продолговатый мозг , сосудистые сплетения .

23. Органы кровообращения: сердце: размеры (см) , масса (г) ,
эпикард и перикард ,
консистенция сердечной мышцы ,
кровенаполнение полостей сердца ,
сгустки крови ,
проходимость предсердно-желудочковых отверстий ,
толщина стенки желудочка левого (см) , правого (см) ,
толщина межжелудочковой перегородки (см) , эндокард ,
миокард ,
клапаны сердца ,
венечные артерии ,
аорта , легочные артерии ,
крупные вены .

24. Органы дыхания: околоносовые пазухи ,

гортань , слизистая оболочка трахеи и бронхов ,
легкое: размеры (см) , масса (г) **левое** , **правое** , форма ,
воздушность ,
плотность , плевральные листки ,
ткань легкого на разрезе ,
патологические образования ,
водная проба ,

- состояние поперечных срезов: сосудов , бронхов ;
 прикорневые лимфатические узлы ,
 паратрахеальные лимфатические узлы .
25. Органы пищеварения: язык , небные миндалины ,
 пищевод ,
 желудок ,
 кишка: тонкая , толстая ;
 печень: размеры (см) , масса (г) , форма ,
 консистенция , окраска ,
 характер поверхности , вид на разрезе ;
 желчный пузырь: размеры (см) ,
 консистенция желчи , стенки ,
 внепеченочные желчные протоки ;
 поджелудочная железа: размеры (см) , масса (г) ,
 консистенция , цвет ,
 рисунок ткани на разрезе .
26. Органы мочеполовой системы: почки: размеры (см) , масса (г) ,
 консистенция , характер поверхности ,
 вид на разрезе , толщина коркового вещества (см) ,
 слизистая оболочка лоханок ;
 мочеточники , мочевой пузырь ,
 предстательная железа ,
27. Органы кроветворения: селезенка: размеры (см) , масса (г) ,
 консистенция , вид снаружи ,
 вид на разрезе , характер соскоба ;
 лимфатические узлы: брыжейки , средостения ,
 шеи ; костный мозг .
28. Эндокринные железы: щитовидная железа: размеры (см) , консистенция ,
 вид: снаружи , на разрезе ;
 надпочечники: форма , цвет на разрезе ,
 рисунок ткани ; гипофиз ;
 паращитовидные железы .
29. Костно-мышечная система: мышцы ;
 кости ;
 суставы .
30. Для гистологического исследования взять:
31. Для дополнительных исследований (указать каких) взять:
32. Патолого-анатомический диагноз (предварительный):
- | | |
|--|---------|
| Основной диагноз | Код МКБ |
| Язвенная болезнь, обострение. Хроническая перфоративная язва 12-перстной кишки | K26.5 |
| Осложнение основного диагноза | Код МКБ |
| Разлитой фибринозно-гнойный перитонит | K65.0 |
| Сопутствующий диагноз | Код МКБ |
| | I20 |
33. Описание результатов дополнительных исследований:
34. Патолого-анатомический диагноз

| | |
|--|---------|
| Основной диагноз | Код МКБ |
| Язва двенадцатиперстной кишки хроническая или неуточненная с прободением | K26.5 |

| | |
|---------------------------------------|---------|
| Осложнение основного диагноза | Код МКБ |
| Разлитой фибринозно-гнойный перитонит | K65.0 |

| | |
|---|---------|
| Сопутствующий диагноз | Код МКБ |
| ИБС. Состояние после АКШ и МКШ (13.10.05). Гипертоническая болезнь III ст. I20.8 (риск 4: пол, курение, гипер- и дислипидемия, АС ВДА, ангиопатия сетчатки, ГЛЖ, ИБС), вне ухудшения. ОСЛ: Редкая одиночная НЭС, ЖЭС. НК 1ст. (ХСН ФК 1). | |

35. Сопоставление заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза:

36. Дефекты оказания медицинской помощи:

37. Причина смерти:

38. Клинико-патолого-анатомический эпикриз:

39. Врач-патологоанатом: фамилия, инициалы Абрамов Абрам Абрамович подпись

Заведующий патолого-анатомическим отделением: фамилия, инициалы подпись

40. Дата: 11.09.2014 года.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Патанатомия» - «Протокол патологоанатомического вскрытия» [PR_sformCorps].**

Протокол патологоанатомического вскрытия плода, мёртворо- и новорождённого / Форма №013-1/у

Утверждён приказом МЗ РФ №354н от 06.06.2013.

Тестовое ЛПУ
(полное наименование медицинской организации)
222222 Республика Карелия, г. Петрозаводск,
пр. Ленина, д.333
(адрес медицинской организации)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма N013-1/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 6 июня 2013 г. N354н

Протокол патолого-анатомического вскрытия плода, мертворожденного, новорожденного N 35 11.09.2014

1. Наименование медицинской организации и отделения, в котором наблюдался и умер пациент(ка) Тестовое ЛПУ
2. История родов, история развития новорожденного, история болезни, история развития ребёнка № 9
3. Родился:
4. Фамилия, имя, отчество умершего новорождённого ЗЫКОВ МАЛЬЧИК
5. Пол: Мужчина
6. Дата рождения: 12.08.2014
7. Дата и время смерти: 13.08.2014 08:00:00
8. Масса тела при рождении (г) 2900
9. Длина тела при рождении (см) 45
10. Место смерти: Карелия Респ, г. Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23
11. Фамилия, имя, отчество матери ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА (30.10.1989)
12. Место жительства (регистрации) матери: Карелия Респ, г. Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв. 23
13. Местность: город
14. Семейное положение: Замужем
15. Образование: Средне-техническое
16. Занятость: Работающий
17. Срок беременности 36 недель 18. Роды 1
19. Порядковый номер родов 5
20. Дата поступления в медицинскую организацию, в которой наблюдался и умер пациент(ка): 12.08.2014 11:06:00
21. Фамилия, имя, отчество врача акушера-гинеколога (врача-неонатолога, акушерки) Яковлев Яков Яковлевич - Врач-неонатолог
22. Врач акушер-гинеколог (врач-неонатолог, акушерка, заведующий отделением) присутствовал(а) на патолого-анатомическом вскрытии да
23. Дата проведения патолого-анатомического вскрытия: 13.08.2014 09:30:00
24. Основные клинические данные:
Анамнез

Проведенное лечение

Проведенное обследование

Лабораторное обследование

Объективные данные

25. Заключительный клинический диагноз:

Основной диагноз Код МКБ
Внутрижелудочковое кровоизлияние (нетравматическое) 3-ей степени у плода P52.2
и новорожденного

Патолого-анатомическое вскрытие

26. Наружный осмотр тела:

рост (см) 45, масса тела (г) 2800,
телосложение ,
состояние питания ,
состояние мышечной и костной систем ,
кожный покров: головы, шеи, груди, туловища, конечностей ;
трупные пятна и их расположение ,
выраженность и распространенность трупного окоченения ,
состояние естественных отверстий ,
наружные половые органы .
операционные раны: длина разреза (см), характер операционной раны, швы, выделения из раны,
следы инъекций и изменения в их зоне .

27. Брюшная полость:

расположение органов ,
листки брюшины , сращения ,
наличие свободной жидкости в брюшной полости ;
внешний вид и размеры внутренних органов до вскрытия: диафрагма ,
печень , селезенка ,
большой сальник , желудок ,
кишечник , мочевой пузырь ,
червеобразный отросток .

28. Грудная полость:

расположение органов ,
объем легкого , сращения и жидкость в плевральных полостях ;
наружный осмотр сердца: форма , расположение ;
почечная железа: расположение , величина (см) .

29. Полость черепа:

мягкие покровы головы при отделении их от черепа ,
кости черепа ;
оболочки головного мозга: мягкая ,
паутинная , твердая ;
кровоизлияние сосудов ;
головной мозг: объем (куб см) , масса (г) ,
консистенция , вещество мозга ,
желудочки , мозжечок ,
продолговатый мозг , сосудистые сплетения .

30. Органы кровообращения: сердце: размеры (см) , масса (г) ,

эпикард и перикард ,
консистенция сердечной мышцы ,
кровоизлияние полостей сердца ,
сгустки крови ,
проходимость предсердно-желудочковых отверстий ,
толщина стенки желудочка левого (см) , правого (см) ,
толщина межжелудочковой перегородки (см) , эндокард ,
миокард ,
клапаны сердца ,
венечные артерии ,
аорта , легочные артерии ,
крупные вены .

31. Органы дыхания: околоносовые пазухи ,
гортань , слизистая оболочка трахеи и бронхов ,
легкое: размеры (см) , масса (г) левое , правое , форма ,
воздушность ,
плотность , плевральные листки ,
ткань легкого на разрезе ,
патологические образования ,
водная проба ,
состояние поперечных срезов: сосудов , бронхов ;
прикорневые лимфатические узлы ,
паратрахеальные лимфатические узлы .
32. Органы пищеварения: язык , небные миндалины ,
пищевод ,
желудок ,
кишка: тонкая , толстая ;
печень: размеры (см) , масса (г) , форма ,
консистенция , окраска ,
характер поверхности , вид на разрезе ;
желчный пузырь: размеры (см) ,
консистенция желчи , стенки ;
внепеченочные желчные протоки ;
поджелудочная железа: размеры (см) , масса (г) ,
консистенция , цвет ,
рисунок ткани на разрезе .
33. Органы мочеполовой системы: почки: размеры (см) , масса (г) ,
консистенция , характер поверхности ,
вид на разрезе , толщина коркового вещества (см) ,
слизистая оболочка лоханок ;
мочеточники , мочевой пузырь ,
предстательная железа ,
34. Органы кроветворения: селезенка: размеры (см) , масса (г) ,
консистенция , вид снаружи ,
вид на разрезе , характер соскоба ;
лимфатические узлы: брыжейки , средостения ,
шеи ; костный мозг .
35. Эндокринные железы: щитовидная железа: размеры (см) , масса ,
вид: снаружи , на разрезе ;
надпочечники: форма , цвет на разрезе ,
рисунок ткани ; гипофиз ;
паращитовидные железы .
36. Костно-мышечная система: мышцы ;
кости ;
суставы .
37. Плацента (при наличии): размеры , масса
38. Плодные оболочки и пуловина:
39. Для гистологического исследования взять:

40. Для дополнительных исследований (указать каких) взяты:
41. Патолого-анатомический диагноз (предварительный):
- | Основное заболевание | Код МКБ |
|---|---------|
| Неуточненное внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного | P52.2 |
42. Описание результатов дополнительных исследований:
43. Патолого-анатомический диагноз:
- | Основное заболевание | Код МКБ |
|---|---------|
| Неуточненное внутрижелудочковое (нетравматическое) кровоизлияние у плода и новорожденного | P52.3 |
44. Сопоставление заключительного клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза:
45. Дефекты оказания медицинской помощи:
46. Причина смерти:
47. Клинико-патолого-анатомический эпикриз:
48. Врач-патологоанатом: фамилия, инициалы Абрамов Абрам Абрамович - Врач-патологоанатом подпись _____
- Заведующий патолого-анатомическим отделением: фамилия, инициалы подпись _____
49. Дата: 11.09.2014 года.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Патанатомия» - «Протокол патологоанатомического вскрытия новорождённого» [PR_sformCorpsChild].**

Направление на патолого-гистологическое исследование / Форма №014/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

| | | | |
|--|---|-------------------|------------------------|
| Министерство здравоохранения СССР <u>Тестовое ЛПУ</u> (наименование медицинского учреждения) | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Код формы по ОКУД</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">Код учреждения по ОКПО</td> </tr> </table> Медицинская документация Форма № 014/у Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. № 1030 | Код формы по ОКУД | Код учреждения по ОКПО |
| Код формы по ОКУД | | | |
| Код учреждения по ОКПО | | | |

НАПРАВЛЕНИЕ на патологогистологическое исследование

04.03.2011 14:06:31
(дата и часы направления)

Отделение Отделение проктологии Карта стационарного больного (амбулаторная карта) № **1668**

1. Фамилия, имя, отчество больного **БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ**
2. Пол **Мужчина** 3. Возраст **103** лет. 4. Биопсия **Повторная**
5. При повторной биопсии указать № и дату первичной **№ 12, 02.03.2011**
6. Дата и вид операции **05.08.2009 Срочная резекция 2/3 желудка по Бильрот-I (перфорация)**
7. Маркировка материала, число объектов **резецированный желудок - 1**
8. Клинические данные **Клинические данные**

Диагноз по МКБ-О **Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки - Код(К26.5)**
 9. Клинический диагноз **Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки - Код(К26.5)**
 Фамилия лечащего врача **Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург**
 Подпись _____

Патологогистологические исследования № 3 Дата и часы поступления **03.03.2011 14:06:31**

Тип **Операционный материал**

Количество кусочков **2** блоков **1**

Методика окраски **Ализариновый желтый**

Макро- и микроскопическое описание: **Текст описания**

Патологогистологическое заключение (диагноз) **Коксартроз справа/слева 1 степени.**

Код **M16.9**

Дата исследования **04.03.2011**

Фамилия патологоанатома: **Абрамов Абрам Абрамович - врач-**

патологоанатом _____

подпись

Фамилия лаборанта: **Русланов Руслан Русланович - лаборант**

патологоанатомического отделения _____

подпись

Электронный вариант – ***«Новый документ» - «Патанатомия» - «Направление на патолого-гистологическое исследование» [PR_sformRezPatolGisto].***

Отказ от патологоанатомического вскрытия

Утверждена распоряжением департамента здравоохранения правительства г. Москвы №260-р от 14.04.2006

**Главный врач (начальник,
руководитель)**

Филимонов Филимон Филимонович -
Заместитель по лечебной работе
Тестовое ЛПУ

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 48 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. и пункта 1 статьи 5 Федерального Закона от 12.01.1996г. № 8 "О погребении и похоронном деле".

я: КАРЛОВ КАРЛ КАРЛОВИЧ (10.12.1975) паспорт 9999 999999 близкий родственник
отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего

Место смерти: г. Москва

Дата смерти: 27.08.2014

Время смерти: 08:00:00

ФИО умершего: АБРАМОВ АБРАМ АБРАМОВИЧ (01.06.1965) возраст 49

По причине: по религиозным мотивам

Я проинформирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнения в качестве оказания медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия. Я не имею претензий к медицинскому персоналу Тестовое ЛПУ по качеству диагностики и лечения.

27.08.2014 _____ КАРЛОВ КАРЛ КАРЛОВИЧ (10.12.1975) паспорт 9999 999999

(подпись заявителя, ФИО, паспортные данные)

27.08.2014 _____ Филимонов Филимон Филимонович - Заместитель по лечебной работе

(подпись, ФИО должностного лица медицинской организации)

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Патанатомия» - «Отказ от патологоанатомического вскрытия» [PR_sformAutopsyOtkaz].**

Направление на цитологическое диагностическое исследование и результат исследования / Форма №203/у-02

Утверждена приказом МЗ РФ №174 от 24.04.2003

| | |
|------------------------|--|
| Код формы по ОКУД | |
| Код учреждения по ОКПО | |

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тестовая поликлиника
Наименование учреждения

Медицинская документация
Форма №203/у-02
Утверждена приказом Минздрава России
от 24.04.2003 N 174

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПОВТОРНО

1. Отделение Хирургическое отделение

История болезни N 4

2. Лечащий врач (ФИО, тел.) Николаев Николай Николаевич

3. Ф.И.О. больного (полностью) СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ

4. Дата рождения Пол: Мужчина

5. Страховая компания ФИПИЛ ООО РГС-МЕДИЦИНА-РОСГОССТРАХ-САРАТОВ-МЕДИЦИНА (Саратовская область) № страхового полиса 2323 65656656

Серия 2323

6. Диагноз (при направлении на цитологическое исследование): Язвенная болезнь, обострение. Перфоративная язва 12-перстной кишки

Код диагноза по МКБ-10 K26.5

7. Краткий анамнез и важнейшие клинические симптомы

8. Данные инструментального обследования (рентгенологического, УЗИ, КТ, эндоскопического и др.)

9. Проведенное лечение (оперативное, лучевое, химиотерапия; доза, дата начала и окончания лечения)

10. Локализация процесса и способ получения материала . Способ получения материала:

11. Объем и макроскопическое описание биологического материала, маркировка препаратов, количество: мл.

Дата взятия биологического материала

Ф.И.О. врача, направившего материал Петров Пётр Петрович

Подпись: _____

13. Объем и макроскопическое описание доставленного биологического материала (заполняется в лаборатории):

, количество: мл.

Наименование цитологической лаборатории, телефон

Патологоанатомическое отделение

Результат цитологического исследования N

Дата поступления материала _____

Дата проведения исследования

Ф.И.О. врача, проводившего исследование

Подпись

Электронный вариант – **«Новый документ»** - **«Патанатомия»** - **«Цитологическое исследование»**

Направление на цитологическое исследование и результат исследования материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге / Форма №446/у

Утверждена приказом МЗ РФ №174 от 24.04.2003

| | |
|------------------------|--|
| Код формы по ОКУД | |
| Код учреждения по ОКПО | |

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
Наименование учреждения

Медицинская документация
форма N 446/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 24.04.2003 N 174

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ, СКРИНИНГЕ

1. Ф.И.О. (полностью) ВИКТОРОВА ВИКТОРИЯ ВИКТОРОВНА
2. Дата рождения 16.04.1990
4. Страховая компания БРЯНСКИЙ ФИЛИАЛ ОАО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОГАЗ-МЕД (Брянская область) № страхового полиса 654 987654 /123
Серия 654
5. Адрес пациентки: Северная Осетия - Алания Респ, Алагирский р-н, г Алагир, ул. Ворошилова д.555 /
6. Диагноз (при направлении на цитологическое исследование): Гинекологическое обследование (общее) (рутинное)
Код диагноза по МКБ-10 Z01.4
7. Дата последней менструации 24.12.2014
Менопауза 0 лет
8. Проводимое лечение:
9. Соскоб получен: эндоцервикс

Дата взятия биологического материала: 25.12.2014

Ф.И.О. врача (акушерки), направляющих материал: Григорьев Григорий Григорьевич

Подпись: _____

Наименование цитологической лаборатории, телефон
Патологоанатомическое отделение,

Результат цитологического исследования № 2

Дата поступления материала

1. Качество препарата: адекватный
2. Цитограмма:
 - 2.2. С возрастными изменениями слизистой оболочки
- атрофический тип мазка;
2. Цитограмма (описание) _____
соответствует:
- 2.1. Пролиферации (гиперплазии) железистого эпителия.
3. Другие типы цитологических заключений:
4. Дополнительные уточнения:

Дата проведения исследования

Ф. И. О. врача (мед. технолога), проводивших исследование

Подпись _____

Печать: 24.12.2014 16:26:56 - DocTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Патанатомия» - «Цитологическое исследование»**

Трансфузиология

Лист регистрации переливания трансфузионных сред/ Форма № 005/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980

Министерство здравоохранения СССР
Тестовое ЛПУ
Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 005/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

Группа крови больного В(II)βРезус-фактор больного положительная

(каждое переливание крови производится только после подтверждения групп крови донора и реципиента двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток, проведения пробы на индивидуальную совместимость и биологической пробы).

| N п / п | Дата | Показания к переливанию трансфузионной среды | Способ переливания | Кол-во (мл) | Трансфузионная среда | Группа крови | Резус-фактор | № этикетки (серия препарата, завод-изготовитель) | Дата заготовки | Фамилия донора |
|---------|------------|--|--------------------|-------------|----------------------|--------------|---------------|--|----------------|----------------|
| 1 | 28.09.2012 | Гемодинамические | В/в капельно | 160 | Эритроцитарная масса | A(II)β | положительная | 123765 | 11.09.2012 | Иванов И.И. |
| 2 | 28.09.2012 | Гемодинамические | В/в капельно | 140 | Эритроцитарная масса | A(II)β | положительная | 876456 | 18.09.2012 | Петров П.П. |
| 3 | 30.10.2012 | | | | | | | | | |

| Пробы на индивид. совместимость (группа крови) | Пробы на индивид. совместимость (резус-фактор) | Биологическая проба | Реакции Т град., осложнения, кол-во мочи и ее анализ | Подпись врача |
|--|--|---------------------|--|---------------|
| Совместима | Совместима | Реакции нет | 36.6 | DevTeam |
| Совместима | Совместима | Реакции нет | 36.6 | DevTeam |
| | | | 36.6 | DevTeam |

Электронный вариант – «История болезни» - «Печать формы 005/у»
[PR_005].

Учётная карточка донора / Форма № 405-05/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №246 от 31.03.2005.

Министерство здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации

(наименование субъекта
Российской Федерации)

Тестовое ЛПУ

(наименование организации
здравоохранения)

Код субъекта

Российской Федерации по ОКATO

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма №405-05/у

Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 31 марта 2005 г. №246

УЧЕТНАЯ КАРТОЧКА ДОНОРА (АКТИВНОГО, РЕЗЕРВА, РОДСТВЕННОГО)

Группа крови A(III)B Резус-фактор положительная

1. ФИО АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА
 2. Число, месяц и год рождения 04.05.1990
 3. Паспорт: серии 4444 № 4444
 4. Страховой полис ОМС: 44 4444444
 5. Место работы, телефон: Школа №3 тел. _____
 6. Домашний адрес, телефон: Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв. 588
тел. 999-888-77-66
 7. Дата зачисления 28.09.2010
 8. Дата и причина снятия с учета 01.10.2012 Смена местожительства
 9. На момент снятия с учета количество кроводач 1
и плазмадач 0
 10. Подпись лица, заполнившего карточку _____
- Ответственное лицо _____ Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог
Печать _____

Отметки о взятии крови (плазмы крови)

| дата | вид донации | количество | подпись |
|------------|----------------|------------|---|
| 01.10.2012 | 1 | 300 | Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач- трансфузиолог |

Заполняется на каждого донора с регистрацией первой и последующих донаций.
В графах 1, 5 "Дата" проставляется число, месяц, год крово(плазмо)дачи по порядку; в графах 2, 6 "Вид донации" указывается вид донорства: "кровь" или "плазма крови" в зависимости от вида донации; в графах 3, 7 "Количество" указывается количество взятой от донора крови или плазмы крови в мл; в графах 4, 8 "Подпись" ставится подпись лица, производившего забор крови.

Печать: 05.10.2012 13:06:01 - DevTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Учётная карточка донора»**
[PR_sformRegDonor].

Медицинская карта активного донора / Форма № 406/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1055 от 07.08.1985.

Минздрав СССР
Тестовое ЛПУ
(наименование учреждения)

Медицинская документация
Форма №406/у
Утверждена Минздравом СССР
07.08.85 г. №1055

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АКТИВНОГО ДОНОРА

| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">группа крови по системе АВО</td> <td style="width: 80%;">ФИО <u>БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O(I)аВ</td> <td>дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьянов</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович -</u> <u>врач-трансфузиолог</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O(I)аВ</td> <td>Год рождения <u>25.12.1907</u> Профессия _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Паспорт серии <u>8878</u> № <u>8878</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Военный билет серии _____ № _____</td> </tr> </table> | группа крови по системе АВО | ФИО <u>БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ</u> | O(I)аВ | дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьянов</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович -</u> <u>врач-трансфузиолог</u> | O(I)аВ | Год рождения <u>25.12.1907</u> Профессия _____ | | Паспорт серии <u>8878</u> № <u>8878</u> | | Военный билет серии _____ № _____ | <p>Адрес и телефон: <u>Домашний Ленинградская обл, Всеволожский р-н, г Всеволожск,</u> <u>ул. Антоновская д.854 корп.8 кв.89 тел. (999) 999-99-99</u></p> <p>Служебный(место работы) _____ тел. _____</p> |
|--|--|------------------------------------|----------------------|---|---|---|---|--|--------------------|-----------------------------------|---|
| группа крови по системе АВО | ФИО <u>БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ</u> | | | | | | | | | | |
| O(I)аВ | дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьянов</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович -</u> <u>врач-трансфузиолог</u> | | | | | | | | | | |
| O(I)аВ | Год рождения <u>25.12.1907</u> Профессия _____ | | | | | | | | | | |
| | Паспорт серии <u>8878</u> № <u>8878</u> | | | | | | | | | | |
| | Военный билет серии _____ № _____ | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">принадлежность по системе резус</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">отрицательная</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">отрицательная</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьянов</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович -</u> <u>врач-трансфузиолог</u></td> <td style="width: 80%;">дата <u>01.03.2013</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьян</u> <u>ович -</u> <u>врач-</u> <u>трансфузи</u> <u>олог</u></td> </tr> </table> | принадлежность по системе резус | | отрицательная | | отрицательная | | дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьянов</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович -</u> <u>врач-трансфузиолог</u> | дата <u>01.03.2013</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьян</u> <u>ович -</u> <u>врач-</u> <u>трансфузи</u> <u>олог</u> | | | |
| принадлежность по системе резус | | | | | | | | | | | |
| отрицательная | | | | | | | | | | | |
| отрицательная | | | | | | | | | | | |
| дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьянов</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович -</u> <u>врач-трансфузиолог</u> | дата <u>01.03.2013</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьян</u> <u>Севастьян</u> <u>ович -</u> <u>врач-</u> <u>трансфузи</u> <u>олог</u> | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">особые отметки</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">генотип <u>HLA</u></td> <td style="width: 50%;">титр антител <u>1:1000</u></td> </tr> <tr> <td>дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович - врач-</u> <u>трансфузиолог</u></td> <td>дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович - врач-</u> <u>трансфузиолог</u></td> </tr> </table> | особые отметки | | генотип <u>HLA</u> | титр антител <u>1:1000</u> | дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович - врач-</u> <u>трансфузиолог</u> | дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович - врач-</u> <u>трансфузиолог</u> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">вид донорства</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 20px;"><u>Донор крови</u></td> </tr> </table> | вид донорства | <u>Донор крови</u> | | |
| особые отметки | | | | | | | | | | | |
| генотип <u>HLA</u> | титр антител <u>1:1000</u> | | | | | | | | | | |
| дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович - врач-</u> <u>трансфузиолог</u> | дата <u>01.10.2012</u> подпись <u>Севастьян</u> <u>Севастьянович - врач-</u> <u>трансфузиолог</u> | | | | | | | | | | |
| вид донорства | | | | | | | | | | | |
| <u>Донор крови</u> | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p align="center">ПОДПИСКА ДОНОРА</p> <p>Даю подписку в том, что я не болел и не болею сифилисом. В случае заболевания обязуюсь немедленно сообщить об этом учреждению службы крови. Мне известно, что за сокрытие данного заболевания я подлежу уголовной ответственности Дата <u>01.10.2012</u> Подпись _____</p> | | |
| <p align="center">СОГЛАСИЕ ДОНОРА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА</p> <p>Ознакомившись с программой проведения плазмафереза, даю согласие быть донором плазмы" Дата <u>01.10.2012</u> Подпись _____</p> | | <p align="center">Место для фото</p> |
| <p align="center">СОГЛАСИЕ ДОНОРА НА ПРОВЕДЕНИЕ ИММУНИЗАЦИИ</p> <p>Ознакомившись с программой проведения иммунизации _____ антигеном, даю согласие на иммунизацию"</p> | | <p>Национальность _____</p> |
| <p>Дата зачисления в доноры <u>01.10.2000</u> Дата и причина снятия с учета <u>01.10.2012</u> <u>Смена местожительства</u></p> | <p>Всего за этот период взято: крови <u>18000</u> мл. плазмы <u>4000</u> мл. лейкоцитов _____ 10^9 тромбоцитов _____ 10^{11} костного мозга _____ мл.</p> | <p>Число кроводач <u>58</u> Число плазмаферезов <u>8</u> Число цитаферезов _____ Число миелозксфузий _____ Подпись _____</p> |

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Медицинская карта активного донора»** [PR_sformActiveDonor].

Карта донора резерва/ Форма № 407/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1055 от 07.08.1985.

МИНЗДРАВ СССР
Тестовое ЛПУ
(наименование организации
здравоохранения)

Медицинская документация
Форма №407/у
Утверждена Минздравом СССР
от 07.08.85 г. №1055

КАРТА ДОНОРА РЕЗЕРВА

Первичный

| | | |
|--|--|---|
| Дата <u>01.10.2012</u> | Населенный пункт <u>с. Николаево</u> | Кем направлен <u>Военкомат</u> |
| ФИО <u>АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА</u> | Группа крови <u>A(II)B</u> | Подпись <u>Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог</u> |
| Год рождения <u>04.05.1990</u> Профессия <u>ПЕДАГОГ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ</u> | Гемоглобин <u>140 г/л</u> | <u>Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог</u> |
| Место работы <u>Школа №3</u> | Взято <u>300</u> | <u>Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог</u> |
| Домашний адрес (район) <u>Брянская обл. Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588</u> | Контроль группы крови <u>A(II)B</u> | <u>Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог</u> |
| Донор при опросе нижеперечисленные заболевания отрицает: <u>Гепатит, Туберкулёз, Бруцеллёз, Малярия, Другие хронические заболевания, Другие острые заболевания</u> | Резус-фактор <u>положительная</u> | <u>Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог</u> |
| Операции <u>Аппендэктомия в 1998 г.</u> Гемотрансфузии <u>Не было</u> | Реакция на сифилис отриц. <u>03.10.2012</u> | <u>Прохоров Прохор Прохорович - врач клинической лабораторной диагностики</u> |
| Донор осмотрен. Пульс <u>72</u> уд. в 1 мин | Реакция Хеддльсона отриц. <u>03.10.2012</u> | <u>Прохоров Прохор Прохорович - врач клинической лабораторной диагностики</u> |
| А.Д. <u>12080</u> мм.рт.ст. | HB-антиген Отрицательный | <u>Прохоров Прохор Прохорович - врач клинической лабораторной диагностики</u> |
| Здоров | Билирубин отриц. <u>03.10.2012</u> | <u>Прохоров Прохор Прохорович - врач клинической лабораторной диагностики</u> |
| Причина отвода донора от кроводачи | Контакт по инфекционным заболеваниям: Нет | <u>Тарасов Тарас Тарасович - врач-инфекционист</u> |
| Врач <u>Корнеев Корней Корнеевич - врач-терапевт</u> (подпись) | Состоит на учете по кож.-вен. заболеваниям: Нет | <u>Тарасов Тарас Тарасович - врач-инфекционист</u> |
| | Кровь пригодна: <u>Кровь пригодна для переливания</u> | |
| | Врач <u>Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог</u> (подпись) | |

ПОДПИСКА ДОНОРА

«Даю подписку в том, что я не болел и не болею сифилисом. В случае заболевания обязуюсь немедленно сообщить об этом учреждению службы крови. Мне известно, что за скрывание данного заболевания я подлежу уголовной ответственности.»

Подпись _____

ТИПОВАЯ АНКЕТА ДОНОРА

Отвечая на вопросы анкеты, оставьте "ДА" или "НЕТ"

ФИО донора АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА

АЛЕКСАНДРОВНА

Возраст 22 Пол Женщина

А. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

1. Как себя чувствуете? Хорошо? _____
2. Есть ли сейчас температура, дрожь, заболевание? _____
3. Употребляли ли за последние 4 часа пищу? _____
4. Употребляли ли за последние 48 часов алкоголь? _____
5. Производилось ли за последние 10 дней удаление зуба? _____

6. Принимали ли за последний месяц лекарства? Какие? _____

7. Производились ли прививки? _____

8. Наблюдаетесь ли вы у врача? _____

Б. ЗА ПРОШЕДШИЕ 6 МЕСЯЦЕВ

1. Производили ли Вам инъекции лекарств? _____

2. Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку? _____

3. Получали ли Вы трансфузии крови и плазмы? _____

Я АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА прочитал(а), понял(а) и правильно ответил(а) на все вопросы анкеты, а также получил(а) ответы на все заданные мной вопросы. Я полностью осознал(а) значимость полученной информации для моего здоровья и здоровья пациента, которому будет произведена трансфузия компонентов и препаратов, полученных из моей крови (плазмы). Если я отношусь к группе риска по распространению вирусов гепатита В, С, ВИЧ и других болезней, я согласен (согласна) не сдавать кровь (плазму) для других людей. Я понимаю, что моя кровь (плазма) будет проверена на ВИЧ и другие вирусы.

Я информирован(а), что во время процедуры взятия крови (плазмы) возможны незначительные реакции организма (кратковременное снижение артериального давления, гематома в области инъекции), не являющиеся следствием ошибки персонала.

Я согласен (согласна) с тем, что моя кровь (плазма) будет использована так, как это необходимо больным людям.

Я осведомлен(а) о том, что за сокрытие сведений о наличии у меня ВИЧ-инфекции или венерического заболевания я подлежу уголовной ответственности в соответствии со статьями 121 и 122 Уголовного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 25, ст. 2954).

Дата _____ Донор АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА

Медицинский работник _____

Приложение №1

к Приказу МЗ РФ от 14.09.2001 г. №364

4. Подвергались ли Вы хирургической операции? _____

5. Были ли Вы в контакте с больным гепатитом, желтухой? _____

В. БЫЛИ ЛИ У ВАС КОГДА-НИБУДЬ ИЛИ НЕДАВНО

1. Потеря веса? _____
 2. Ночные поты? _____
 3. Обмороки? _____
 4. Выезд за рубеж за последние 3 года? _____
 5. Кроводачи? Укажите дату последней _____
 6. Были ли отводы от кроводач? Укажите дату и причину отвода _____
 7. Состоите ли Вы на диспансерном учете? _____
- Если "ДА", то в каком диспансере _____

Г. ДОПОЛНИТЕЛЬНО ДЛЯ ЖЕНЩИН

1. Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 недель? _____
2. Срок последней менструации? _____

Заявка на трансфузионные среды/ Форма № 421/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1055 от 07.08.1985.

Тестовое ЛПУ
Наименование медицинской организации

Медицинская документация
Форма № 421/у
Утверждена Минздравом СССР
07.08.85 г. №1055

ЗАЯВКА НА ТРАНСФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ

В отдел _____

Дата заказа 02.10.2012

| N п / п | Наименование трансфузионной среды | Группа крови по системе АВО | Резус-принадлежность | Ед. изм. | Количество | Срок исполнения |
|------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------|------------|-----------------|
| 1 | Замороженная плазма | O(I)αβ | положительная | мл. | 600 | 02.10.2012 |
| 2 | Эритроцитарная масса | O(I)αβ | положительная | мл. | 400 | 02.10.2012 |
| 3 | Перфторан | | | мл. | 500 | 02.10.2012 |
| 4 | ХАЕС-стерил | | | мл. | 800 | 02.10.2012 |

Заказ сделал Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач-трансфузиолог _____

Заказ принял Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации _____

Электронный вариант **«Журнал трансфузиологии»** - **«Журнал заявок на трансфузионные среды переливаний»** - **«Печать формы 421/у»**.

Протокол трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов

Утверждён приказом Минздрава РФ №183 от 02.04.2013.

Протокол трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов

1. Ф.И.О. реципиента: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА . № медицинской карты: 17
2. Дата трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов: 06.08.2014
3. Время начала трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов реципиенту: 06.08.2014 15:04:06
4. Время окончания трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов реципиенту: 06.08.2014 19:00:00
5. Группа крови реципиента: B(II)0
6. Резус-принадлежность: положительная
7. Фенотип: E
8. Определение резус-принадлежности реципиента проводилось: В лаборатории, РСПК
9. Исследование антител: Выявлены, антитела
10. Медицинские показания к проведению трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов: продолжающееся кровотечение: Hb 66 г/л Ht 18 %
11. Трансфузионный анамнез: Трансфузии были, 10 лет назад
12. Трансфузии по индивидуальному подбору в прошлом: Были, детали не знает
13. Реакции и (или) осложнения, возникшие у реципиента в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) её компонентов: Септический шок; Острое трансфузионно-обусловленное повреждение лёгких
14. Акушерский анамнез (количество беременностей): 3
15. Особенности течения (самопроизвольные аборты, гемолитическая болезнь новорожденного и другое): гемолитическая болезнь новорождённого при второй беременности

| Макроскопическая оценка крови (компонента) | Наименование компонента крови | Наименование организации, заготовившей донорскую кровь и (или) её компоненты | Дата заготовки донорской крови и (или) её компонентов | Срок годности донорской крови и (или) её компонентов | № контейнера донорской крови и (или) её компонентов | Объём донорской крови и (или) её компонентов (мл) | Код донора крови и (или) её компонентов (ФИО донора) | Группа крови донора крови и (или) её компонентов | Резус-принадлежность донора крови и (или) её компонентов |
|--|--|--|---|--|---|---|--|--|--|
| пригодна | Эритроцитарная взвесь | РСПК | 02.06.2014 | 05.11.2014 | 234 | 300 | Иванов И.И. | A(II)B | положительная |
| пригодна | Свежезамороженная плазма (картинки замороженная) | РСПК | 05.05.2014 | 18.12.2014 | 123 | 500 | Петров П.П. | A(II)B | положительная |

Место для этикетки

27. Перед трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов проведены контрольные проверки показателей:

Группа крови реципиента: B(III)₀ Резус-принадлежность реципиента: положительная

Группа крови донора: B(III)₀ Резус-принадлежность донора: положительная

28. При определении показателей использовались реактивы: анти-A-антитела, анти-B-антитела; анти-D-антитела; анти-A-антитела, анти-B-антитела; анти-D-антитела

29. Проведены пробы на индивидуальную совместимость: холодовая проба

30. Биологическая проба: совместима

31. Способ трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: В/в капельно

32. Осложнения во время трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: Реакция «Трансплантат против хозяина»

33. Наблюдение за состоянием реципиента:

| | Артериальное давление, мм рт. ст. | Частота пульса, уд/мин. | Температура, °С | Диурез (мл), цвет мочи |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|
| Перед переливанием | 90 / 60 | 120 | 36,6 | 50, не изменена |
| Через 1 час после переливания | 100 / 70 | 110 | 36,6 | 100, не изменена |
| Через 2 часа после переливания | 110 / 80 | 100 | 36,6 | . |
| Через 3 часа после переливания | 110 / 80 | 90 | 36,6 | 100, не изменена |

34. Врач, проводивший трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов:
Ф.И.О.: _____ Подпись: _____

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Трансфузиология» - «Протокол переливания гемотрансфузионных сред» [PrsformPereliv_V3]**

Уведомление о реакциях и осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) её компонентов

Утверждено приказом Минздрава РФ №183 от 02.04.2013.

Уведомление о реакциях и осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов

Куда: Станция переливания крови

Кому: Иванову И.И.

От кого: Тестовое ЛПУ

| N п/п | Информация о трансфузии (переливании) донорской крови и (или) ее компонентов, в результате проведения которой у реципиента возникла реакция и (или) осложнение |
|-------|--|
| 1 | Перелиты донорская кровь и (или) ее компоненты: кровь: 100 мл. эритроцитсодержащие компоненты: мл. тромбоциты: мл. свежезамороженная плазма: мл. гранулоциты: мл. аллогенные компоненты: мл. аутологичные компоненты: мл. |
| 2 | Дата переливания донорской крови и (или) ее компонентов: 06.08.2014 |
| 3 | Вид реакции и (или) осложнения, возникших у реципиента в связи с переливанием донорской крови и (или) ее компонентов: Реакция «Трансплантат против хозяина»; Острая сердечно-сосудистая недостаточность |
| 4 | N донации крови и (или) ее компонентов: 100 Идентификационный код донора крови и (или) ее компонентов: 200,300 Группа крови АВО и резус-принадлежность: A(II)β, слаботположительная Объем перелитой донорской крови и (или) ее компонентов: 300 мл. Дата заготовки донорской крови и (или) ее компонента: 07.07.2014 |
| 5 | Степень тяжести реакции и (или) осложнения, возникших у реципиента в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов: умеренная (без угрозы жизни) |

Руководитель организации: Иванов Иван Иванович

07.08.2014
(дата)

_____ (подпись)

место печати

Телефон: 8 (888) 888-88-88 Факс: 8 (888) 888-88-88 E-mail: testlpu@hotmail.com

Электронный вариант – **«Новый документ»** - **«Трансфузиология»** - **«Уведомление о реакциях и осложнениях»** [PR_sformReaCompNotice]

Дерматовенерология

Извещение о больном ЗППП и чесоткой / Форма № 089/у-кв

Утверждена письмом МЗ РФ №13-2/25 от 02.03.2015.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

УТВЕРЖДЕНО
письмом Минздрава России
от 02.03.2015г. №13-2/25
Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма №089/у-кв
Утверждена Минздравом России

Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки

- Ф.И.О. или код больного АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА
- Пол: Женский [2]
- Дата рождения: 04.05.1974
- Место постоянной регистрации (населенный пункт, улица, дом):
Брянская обл. Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588
- Место временной регистрации (фактического проживания):
Брянская обл. Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая д.324 кв.588
- Житель Города [1]
- Категория больного житель данного субъекта РФ [1]
- Социальная группа Работающий (4)
- Диагноз Шанкрод Реинфекция: Да Нет Код МКБ-10 A57
- Лабораторное подтверждение:

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> КСР | <input checked="" type="checkbox"/> РПГА | <input type="checkbox"/> РИБТ |
| <input type="checkbox"/> РМП | <input checked="" type="checkbox"/> ИФА | <input type="checkbox"/> ТПМ |
| <input checked="" type="checkbox"/> РПР | <input checked="" type="checkbox"/> РИФ | <input type="checkbox"/> Иммуноблот |
| <input checked="" type="checkbox"/> Бактериоскопическое | <input type="checkbox"/> Молекулярно-биологическое | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Бактериологическое | <input type="checkbox"/> Другое | |
- Выявленный возбудитель
- Путь передачи

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> половой [1] | <input type="checkbox"/> трансплацентарный [4] |
| <input checked="" type="checkbox"/> в т.ч. при сексуальном насилии [2] | <input type="checkbox"/> неуточнённый [5] |
| <input type="checkbox"/> бытовой [3] | |
- Место выявления заболевания: из них анонимно [2]
- Обстоятельства выявления:
Самостоятельное обращение к специалисту [1] дерматовенеролог, в т.ч. по контакту
- Срок беременности: I триместр [1] II триместр [2] III триместр [3]
- Детское учреждение (для детей)
- Дата установления диагноза 25.12.2015
- Ф.И.О. врача установившего диагноз DevTeam - 25.12.2015 14:24:48

Подпись и печать врача _____

Печать: 24.02.2016 15:09:43 - DevTeam

Электронный вариант – «Новый документ» - «Дерматовенерология» - «Извещение о больном с ЗППП и чесоткой» [PR_sformlzvZPPP]

Кардиология

Карта динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией /
Форма № 140/у-02

Утверждена приказом МЗ РФ №4 от 24.01.2003.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма 140/у-02 Утверждена
Приказом Минздрав России № 4 от
24.01.2003 г.

**КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

- Дата первичного обследования
1. Фамилия, Имя, Отчество: **ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА (30.10.1989)** [возраст: 23]
 2. Страховой полис **134134 22 /756**
 3. Пол: **Женщина**
 4. Житель: города - 1 села - 2
 5. Дата рождения: **30.10.1989**
 6. Семейное положение
 7. Возраст при постановке на учет (число полных лет) **23**
 8. Домашний адрес: **Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23**
 9. Место работы **Металлургический завод ОАО / МЕХАНИЧЕСКИЙ ЦЕХ**
 10. Образование **Средне-техническое**
 11. Профессия **СПЕСАРЬ-РЕМОНТНИК**
 12. Должность
 13. Социальная категория **Работающий (4)**
 14. Ф.И.О. уч. (семейного) врача
 15. Участки

II. ДАННЫЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. АД справа **180 / 100** мм.рт.ст. АД слева **165 / 90** мм.рт.ст.
2. Рост **170 (см)** 3. Вес **80 (кг)**
4. Индекс массы тела **27,882** (вес в кг/рост в кв. м) 5. Индекс Т/Б
6. Прием гипотензивных препаратов последние две недели **Да**
7. Жалобы на головные боли, головокружение, шум в ушах, тошноту на фоне повышения АД до **180/90** мм рт.ст.
8. Факторы риска: наличие у родителей инфаркта миокарда, наличие у родителей мозгового инсульта (до 55 лет)
 3. курение: **Курит**
 4. употребление алкоголя **несколько раз в неделю или ежедневно**
 5. повседневная физическая активность: **низкая**
 6. психоэмоциональное напряжение (уровень стресса): **средний**
 7. общий холестерин⁰, ммоль/л (норма ⁰)
9. Сахарный диабет : **2 типа**
10. Поражение "органов - мишеней":
 - 10.1 Гипертрофия левого желудочка (ЭХО-КГ) **Нет**
 - 10.2. Протеинурия и/или гиперкреатининемия (1, 2-2 мг/дл) **Нет**
 - 10.3. Атеросклероз крупных сосудов (УЗИ или рентгенологически) **Нет**
 - 10.4. Сужение сосудов сетчатки: **Нет**
11. Сопутствующие заболевания, влияющие на прогноз **Да**
 - 11.1. Цереброваскулярные заболевания **Да**
 - 11.2. Заболевания сердца **Да**
 - 11.3. Заболевания почек **НЮ**
 - 11.4. Заболевания сосудов **Да**
 - 11.5. Тяжелая гипертоническая ретинопатия **Да**
12. Степень артериальной гипертонии
13. Степень риска (подчеркнуть):
14. Клинический диагноз: **Гипертоническая болезнь 3 стадии. Риск 4. Артериальная гипертензия 1 ст гипертрофия ЛЖ, атеросклероз сосудов (бассейн - ВДА), ангиопатия (ангиоспазм) сетчатки, ИБС ст 2, безболезненная ишемия. Код по МКБ-10 I11.0**
15. Группа диспансерного учета

16. Рекомендовано:

Подпись врача: _____

Дата следующей явки **13.08.2013** Эффект

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Кардиология» - «Карта динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией» [PRsformD2DispYavkaDNGB]**

ПЕРЕХОДНЫЙ ЭПИКРИЗ

Дата заполнения: 05.04.2013

Фамилия, Имя, Отчество: ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА (30.10.1989) [возраст: 23]

1. Ремиссия: **стабилизация со стороны органов-мишеней**
2. Улучшение состояния: **сопутствующих заболеваний;**
3. Компенсация функции: **отсутствие прогрессирования АГ**
4. Прогрессирование: **появление новых осложнений**
5. Отсутствие эффекта: **отсутствие видимого положительного эффекта от проводимой терапии**
6. Развитие нового заболевания, связанного с основным: **другие проявления атеросклероза сосудов**
7. Летальный исход: **нет**
8. Причины снятия с учета: **Смерть**
9. Объективные данные:
ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР:

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Клинический анализ крови (05.04.2013): Эритроциты $4.2 \cdot 10^{12}$ (3.5-4.7), средний объем эритроцитов 88 фл (75-100), гематокрит 0.37 ед (0.34-0.47), тромбоциты $199 \cdot 10^9$ (180-320), средний объем тромбоцитов 10 фл (8-11), лейкоциты $10.5 \cdot 10^9$ (РН) (4-9), гемоглобин 8.2 г/л (7.1-8.4), средний гемоглобин клетки 1.69 пг (1.54-2.16), средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците 22 г/л (19-23), СОЭ 16 мм/час (РН) (2-15).

ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Флюорография легких (05.04.2013 - 10:50): Заключение: Без очаговых и инфильтративных изменений

Подпись врача: _____ (Аристархов Аристарх Аристархович - врач-терапевт участковый)

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Кардиология» - «Переходный эпикриз» [PRsformD2DispDNGBEpicris]**

Наркология

Акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством / Форма № 307/у-05

Утверждена Приказ МЗСР РФ №1 от 10.01.2006.

Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
Гестовое ЛПУ
(Наименование организации здравоохранения)

Медицинская документация
учетная форма N 307/у-05
Утверждена Приказом
Минздравоохранения России
от 10 января 2006 г. N 1

**Акт медицинского освидетельствования
на состояние опьянения лица, которое управляет
транспортным средством**

26.02.2016

1. Фамилия, имя, отчество АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1974) Возраст 41
Где и кем работает (со слов освидетельствуемого) Школа №3 ПЕДАГОГ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
2. Кем направлен на освидетельствование, номер протокола о направлении на медицинское освидетельствование ГАИ, 345
ФИО сопровождающего лица Л-т Петров П.П.
№ служебного удостоверения сопровождающего лица 64779
3. Место проведения освидетельствования Приёмное отделение ЦРБ
4. Дата и точное время начала освидетельствования 26.02.2016 17:55
5. Кем освидетельствован (врач, фельдшер) Анисимов Анисим Анисимович - Врач приемного отделения ()
6. Внешний вид освидетельствуемого (состояние одежды, кожных покровов, наличие повреждений (ранения, ушибы, следы от инъекций) внешний вид
7. Поведение напряжен; замкнут; раздражен; возбужден; агрессивен
8. Состояние сознания, ориентировка в месте, времени, ситуации состояние сознания
9. Речевая способность связанность речи
10. Вегетативно-сосудистые реакции (состояние сосудов кожных покровов и видимых слизистых, потливость, слюнотечение) Вегетативно-сосудистые реакции
Дыхание учащенное
Пульс 100 Артериальное давление 150/100
Зрачки расширены реакция на свет содружественная
Нистагм при взгляде в стороны
11. Двигательная сфера
Мимика оживленная
Походка разбрасывание ног при ходьбе, пошатывание при поворотах
Устойчивость в позе Ромберга
Точные движения (пальце-носовая проба и др.) Точные движения
Дрожание век, языка, пальцев рук Дрожание век, языка, пальцев рук
12. Имеются ли признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения, перенесенных травм (со слов освидетельствуемого) признаки нервно-психических заболеваний, органического поражения центральной нервной системы, физического истощения, перенесенных травм
13. Сведения о последнем употреблении алкоголя и лекарственных средств: субъективные, объективные (по документам и другим источникам) Сведения о последнем случае употребления алкоголя
14. Запах алкоголя или другого вещества изо рта (какого именно) Запах алкоголя или другого вещества изо рта
15. Наличие алкоголя в выдыхаемом воздухе:
15.1. Первичное исследование с применением технических средств (методов, медицинских технологий):
15.1.1. Время исследования 18:32:00
наименование технического средства (метода, медицинской технологии) Анализатор юстировка заводской номер технического средства, дата его последней поверки (проверки) 7654321, 26.01.2016
результат исследования
15.1.2. Время исследования
наименование технического средства (метода, медицинской технологии)
заводской номер технического средства, дата его последней поверки (проверки) ,
результат исследования

15.2 Исследование через 20 минут:

Время исследования

наименование технического средства (метода, медицинской технологии)

заводской номер технического средства, дата его последней поверки (проверки) ,

результат исследования

16. Результаты лабораторного исследования биологических сред:

время отбора пробы 18:35:00

наименование среды моча; слюна; кровь

название лаборатории, проводившей исследования Лаборатория

методы исследования ИФА

результаты исследования результаты

N заключения о результатах исследования 123

17. Другие данные медицинского осмотра или представленных документов Другие данные

медицинского осмотра или представленных

документов

18. Точное время окончания освидетельствования 18:36:00

19. Заключение Имеются признаки алкогольного опьянения

20. Освидетельствование проведено:

ФИО медработника Анисимов Анисим Анисимович - Врач приемного отделения Подпись

Должность Врач приемного отделения

Дата выдачи документа о подготовке медработника по вопросам проведения медицинского

освидетельствования 26.08.2015

Наименование наркологического учреждения, на базе которого проводилась подготовка

Республиканский наркологический диспансер

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Текстовые документы» - «Протокол оценки алкогольного опьянения» [PR_sformAlcoholAuto]**

Аллергология

Карта аллергологического обследования / Форма № 134/у

Утверждена Приказ МЗ СССР №300 от 15.03.1985.

Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

лаборатория

Учётная форма N 134/у
Утверждена приказом Минздрава СССР
№300 от 15.03.1985

Карта аллергологического обследования (26.02.2016 - 17:09)

ФИО: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1974) возраст: 41
Место работы: Школа №3 / - ПЕДАГОГ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, Адрес:

Результаты:

Скранификационные тесты

| № | Аллерген | Оценка |
|---|-------------------|--------|
| 1 | Тест-контроль | |
| 2 | Раствор гистамина | |

Бытовые аллергены

| № | Аллерген | Оценка |
|----|-------------------|--------|
| 3 | Домашняя пыль № 1 | |
| 4 | Домашняя пыль № 2 | |
| 5 | Перо подушки | |
| 6 | Библиотечная пыль | |
| 7 | Дермофагоид | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |

Эпидермальные аллергены

| № | Аллерген | Оценка |
|----|----------------|--------|
| 13 | Шерсть овцы | |
| 14 | Шерсть собаки | |
| 15 | Шерсть кошки | |
| 16 | Шерсть кролика | |
| 17 | Перхоть лошади | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |

Пищевые аллергены

| № | Аллерген | Оценка |
|----|----------|--------|
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |

Пыльцевые аллергены

| № | Аллерген | Оценка |
|----|-------------------|--------|
| 29 | См. деревьев | |
| 30 | См. злаковых трав | |
| 31 | См. сорных трав | |
| 32 | Береза | |
| 33 | Ольха | |
| 34 | Лещина | |
| 35 | Каштан | |
| 36 | Дуб | |
| 37 | Ясень | |
| 38 | Клен | |
| 39 | Тополь | |
| 40 | Тимофеевка | |
| 41 | Овсяница | |
| 42 | Ежа | |
| 43 | Мятлик | |
| 44 | Райграс | |
| 45 | Лисохвост | |
| 46 | Пырей | |
| 47 | Рожь | |
| 48 | Кукуруза | |
| 49 | Подорожник | |
| 50 | Подсолнечник | |
| 51 | Одуванчик | |
| 52 | Польнь | |
| 53 | Лебеда | |
| 54 | Амброзия | |
| 55 | | |
| 56 | | |

Внутрикожные тесты

| № | Аллерген | Объем | Разведение | Оценка |
|----|----------|-------|------------|--------|
| 1 | | | 1: | |
| 2 | | | 1: | |
| 3 | | | 1: | |
| 4 | | | 1: | |
| 5 | | | 1: | |
| 6 | | | 1: | |
| 7 | | | 1: | |
| 8 | | | 1: | |
| 9 | | | 1: | |
| 10 | | | 1: | |

Провокационные тесты**Назальный**

| Пыльцевые аллергены: См. деревьев, см. злаковых трав, см. сорной травы, | | Бытовые аллергены: Домашняя пыль № , перо подушки, библиотечная пыль, | |
|---|--------|---|--------|
| Разведение | Оценка | Разведение | Оценка |
| Тест-контроль | | Тест-контроль | |
| 1:1000 | | 1:100 | |
| 1:100 | | 1:10 | |
| 1:10 | | 1:1 | |
| 1:1 | | | |

Заключение:

Конъюнктивальный

| Разведение | Оценка |
|---------------|--------|
| Тест-контроль | |
| 1:2048 | |
| 1:1024 | |
| 1:512 | |
| 1:256 | |
| 1:128 | |
| 1:64 | |
| 1:32 | |
| 1:16 | |
| 1:8 | |
| 1:4 | |
| 1:2 | |

Заклучение:

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Аллергология» - «Карта аллергологического обследования» [PR_LabAllerg]**

Паспорт больного аллергическим заболеванием / Форма № 135/у

Утверждена Приказ МЗ СССР №300 от 15.03.1985.

| | |
|--|--|
| Минздрав СССР ПОЛИКЛИНИКА №1 наименование учреждения 100001, Г. МОСКВА, УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10 адрес | Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____ Медицинская документация №135/у Утверждена Минздравом СССР от 15.03.85 г. N 300 |
|--|--|

Паспорт больного аллергическим заболеванием

Фамилия, имя, отчество СИДОРОВА НАТАЛЬЯ МИХАЙЛОВНА

Дата рождения 05.12.1955 Домашний адрес и телефон Москва г, пер. Яблонный д.2 кв.33

Диагноз Бронхиальная астма, эндогенная, стероидозависимая, тяжёлое течение, тяжёлое обострение, ХОБЛ II стадии, средней степени тяжести, смешанный тип с преобладанием эмфиземы, обострение II типа по N. Anthonisen. ВН III, ДН I. (J45.8)

Больной(ая) наблюдается в аллергологическом кабинете с 07.05.2010

У больного(ой) выявлена повышенная чувствительность к следующим аллергенам: медикаменты и сыворотки, аллергические реакции на укусы и укусы насекомых, эпидермальные аллергены

Принимает глюкокортикоидные гормоны (преднизолон) с 15.11.2012 (доза в сутки 15 мг)

Телефон аллергологического кабинета _____

Подпись врача-аллерголога _____

Печать: 15.05.2013 12:17:00 DocTamer

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Аллергология» - «Паспорт больного аллергическим заболеванием» [PR_sformD2AllergicPasport]**

Скорая медицинская помощь

Карта вызова скорой медицинской помощи/ Форма № 110/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №942 от 02.12.2009.

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Тестовое ЛПУ (наименование медицинской организации) 18 5000, Республика Карелия, г.Петрозаводск, ул.Глинки, д.999, 8-888-8888888 (адрес, телефон)</p> | <p style="text-align: center;">Медицинская документация Учетная форма № 110/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 декабря 2009г. №942</p> |
|--|--|

КАРТА
вызова скорой медицинской помощи № 10
10.08.2016

1. Номер фельдшера по приему вызова: _____

2. Номер станции (подстанции), отделения: _____

3. Номер бригады скорой медицинской помощи: 4

4. Время (часы, минуты):

| приема вызова | передачи вызова на подстанцию | передачи вызова бригаде | выезда на вызов | прибытия на место вызова | начала транспорти- ровки больного | прибытия в медицинскую организацию | окончания вызова | возвращения на станцию (подстанцию) | затрачено время на выполнение вызова |
|------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------|--|--|---------------------|--|---|
| 12:54 | | | | | | | | | |

5. Адрес вызова: Северная Осетия - Алания Респ, Алагирский р-н, г. Алагир, ул. Ворошилова, д.555
подъезд код подъезда этаж комн.

6. Сведения о больном:

Фамилия: ВИКТОРОВА
Имя: ВИКТОРИЯ
Отчество: ВИКТОРОВНА
Возраст: 26 лет
Пол: М Ж

7. Кто вызвал: № тел. вызывающего: _____

8. Фельдшер, принявший вызов: Петров Пётр Петрович - Врач-терапевт участковый

9. Фельдшер, передавший вызов: Петров Пётр Петрович - Врач-терапевт участковый

10. Место регистрации больного: житель города; сельской местности; приезжий;
 другое (указать): _____

11. Социальное положение больного: работающий; дошкольник; учащийся;
 безработный; беженец; временно неработающий; пенсионер; военнослужащий;
 осужденный; без определенного места жительства; другое (указать): _____

12. Повод к вызову:
 несчастный случай; острое внезапное заболевание;
 обострение хронического заболевания;
 патология беременности; роды; плановая перевозка; экстренная перевозка;
 другое (указать): _____

13. Вызов: первичный; повторный; вызов на себя другой бригады; в пути.

14. Место получения вызова бригадой скорой медицинской помощи:
 станция (подстанция, отделение); по телефону; по радию.

15. Причины выезда с опозданием:
отсутствием: транспорта; врача; фельдшера; бригады соответствующего профиля;
 другое (указать): _____

16. Состав бригады скорой медицинской помощи:
 санитар; водитель; врач; один фельдшер; два фельдшера;

17. Место вызова: улица; квартира; рабочее место; общественное место;
 медицинская организация (больница, поликлиника, диагностический центр, другие медицинские организации);
 школа; дошкольное учреждение; федеральная автомобильная трасса;

24. Осложнения: отек легких; афония; аспирация; острое кровотечение; коллапс; анурия;
 нарушение сердечного ритма; судороги; острая дыхательная недостаточность;
 синдром полиорганной недостаточности; психомоторное возбуждение;
 суицидальный настрой; энцефалопатия; токсокоз другое (указать) _____

25. Эффективность мероприятий при осложнении:
 осложнение устранено; улучшение; без эффекта

26. Оказанная помощь на месте вызова (проведенные манипуляции и мероприятия):
 10.08.2016 14:51 6-метил-2-этилпиридин-3-ол соль (2S)-2-ацетаминолентандиовой кислоты субст.-пор. 0, 1
 Внутривенные инъекции, Внутримышечные/подкожные инъекции, Внутрисердечные инъекции, Глюкоза крови,
 Дефибрилляция, Жгут, ИВЛ, Ингаляционная терапия, Ингаляция парами нашатырного спирта, Интубация,
 Инфузионная терапия, Кардиостимулятор, Катетеризация, Катетеризация магистральных сосудов, Катетеризация
 мочевого пузыря, Кислород, Массаж сердца, Наблюдение за больным, Небулайзер, Носилки, Обработка ран,
 Обработка осадка, Повязка, Порошки, Проводилась реанимация, Промывание желудка, Рекомендации, Свечи,
 Спрей, Таблетки, Тромболитическая терапия, Шина, ЭКГ

27. Оказанная помощь в автомобиле скорой медицинской помощи (проведенные манипуляции и мероприятия):
 10.08.2016 14:53 Офлоксацин* табл. п.п.о. 0, 2
 Внутривенные инъекции, ИВЛ, Ингаляция парами нашатырного спирта, Интубация, Кардиостимулятор

28. Эффективность проведенных мероприятий:
 АД 130/90 мм.рт.ст. ЧСС 120 в минуту
 пульс 90 ударов в минуту Т 38,5 °C
 ЧД 20 в минуту
 пульсоксиметрия 99 %, глюкометрия 7,5 ммоль/л

29. Согласие на медицинское вмешательство:
 В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с учетом риска возможных осложнений получено.

 (Ф.И.О. больного (законного его представителя) _____ (подпись)

 (Ф.И.О., должность медицинского работника, предоставившего информацию и получившего согласие на медицинское вмешательство) _____ (подпись)

30. Отказ пациента от медицинского вмешательства:
 В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" отказ от медицинского вмешательства или требование прекратить медицинское вмешательство. Возможные осложнения и последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены.

 (Ф.И.О. больного (законного его представителя) _____ (подпись)

 (Ф.И.О., должность медицинского работника, получившего отказ от медицинского вмешательства и разъяснившего возможные последствия и осложнения отказа) _____ (подпись)

31. Отказ от транспортировки для госпитализации в стационар:
 Возможные осложнения и последствия отказа в доступной для меня форме разъяснены.
 _____ 20... г. в _____ часов.
 (число) (месяц)

 (Ф.И.О. больного (законного его представителя) _____ (подпись)

 (Ф.И.О., должность медицинского работника, получившего отказ от транспортировки для госпитализации в стационар и разъяснившего возможные последствия отказа) _____ (подпись)

32. Результат оказания медицинской помощи:
 улучшение; без эффекта; ухудшение;

33. Больной:
 нуждается в активном выезде через _____ часов;
 подлежит активному посещению врачом поликлиники;
 другое (указать) другое

34. Способ доставки больного в автомобиль скорой медицинской помощи:
 переносен: на носилках на других подручных средствах; передвигался самостоятельно

35. Результат выезда

Выполненный выезд:

оказана помощь, больной оставлен на месте;

доставлен в травматологический пункт;

доставлен в больницу, время приема больного: час мин.; диагноз приемного отделения: , подпись дежурного врача _____

передан специализированной бригаде скорой медицинской помощи № 45

отказ от транспортировки для госпитализации в стационар;

смерть в присутствии бригады скорой медицинской помощи, время констатации смерти

смерть в автомобиле скорой медицинской помощи, время констатации смерти

Безрезультатный выезд:

больной не найден на месте; отказ от помощи (от осмотра);

адрес не найден; ложный вызов;

смерть до приезда бригады скорой медицинской помощи, время констатации смерти в "15" час "37" мин.

больной увезен до прибытия скорой медицинской помощи;

больной обслужен врачом поликлиники до прибытия скорой медицинской помощи;

вызов отменен;

пациент практически здоров

36. Километраж выезда: 20

37. Примечание: примечания

Врач (фельдшер) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Карта проверена (результат экспертной оценки): 5

Старший врач смены _____ Харитонов Харитон Харитонович - Врач скорой медицинской помощи

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Заведующий подстанцией _____ Харитонов Харитон Харитонович - Врач скорой медицинской помощи

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Печать: 15.10.2016 15:24:28 - DevTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Скорая медицинская помощь» - «Карта вызова скорой медицинской помощи» [PR_sformSSMPCard]**

Рецепты

Рецепт / Форма № 148-1/у-88

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1175н от 20.12.2012.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации
ТЕСТОВОЕ ЛПУ

Код формы по ОКУД 3108805
МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма №148-1/у-88

Утверждена Приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20 декабря
2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

серия **00** № **00000008**
12.12.2012 взрослый

Ф.И.О. пациента **СИДОРОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**
Возраст **60**

Адрес или № медицинской карты амбулаторного пациента
(истории развития ребенка) **Татарстан Респ, Агрызский р-н, г**
Агрыз, ул. Заводская д.14 кв.29

Ф.И.О. лечащего врача **Петров Пётр Петрович**
(полностью)

Руб. коп. Rp

Подпись и личная печать
М.П.
лечащего врача **Петров П.П.**

Рецепт действителен в течение **10** дней

Электронный вариант – «Лечебные назначения» - «Рецепт»
[PrintFormRezA6]

Рецепт / Форма № 107-у

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1175н от 20.12.2012.

| | |
|--|--|
| Министерство здравоохранения Российской Федерации | Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма № 107-1/у |
| Наименование (штамп) медицинской организации Тестовое ЛПУ | Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н |
| РЕЦЕПТ (взрослый) 12.12.2012 | |
| Ф.И.О. пациента СИДОРОВ ИВАН ИВАНОВИЧ | |
| Возраст 60 | |
| Ф.И.О. лечащего врача Петров Пётр Петрович | |
| руб. коп. Rp | |
| руб. коп. Rp | |
| руб. коп. Rp | |
| Подпись и личная печать лечащего врача Петров П.П. | М.П. |
| Рецепт действителен в течение 3 месяцев | |

Электронный вариант – «Лечебные назначения» - «Рецепт»
[PrintFormRez107y]

Рецепт / Форма № 148-1у-04 (льготный)

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1175н от 20.12.2012.

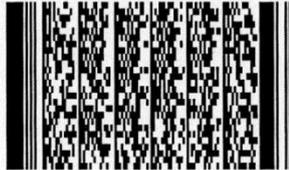
| | | | |
|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Министерство здравоохранения Российской Федерации | | УТВЕРЖДЕНА Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н | |
| Штамп | 5 4 5 4 5 | | |
| Код медицинской организации | | Код формы по ОКУД 3108805 Форма N 148-1у-04 (п) | |
| 9 8 7 6 6 | | | |
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ-10) | Источник финансирования: (подчеркнуть) | % оплаты (подчеркнуть) |
| 0 0 8 | G 5 6 . 0 | 1. <u>Федеральный</u> | 1. <u>Бесплатно</u> |
| S S S | L L L . L | 2. Субъект РФ | 2. 50 % |
| | | 3. Муниципальный | |
| Код лекарственного средства | | | |
| | | | |
| Рецепт Серия 00000000 № 00000028 | | Дата выписки 2 1 1 0 2 0 1 4 г. | |
| Ф., и., о., пациента ВИКТОРОВА ВИКТОРИЯ ВИКТОРОВНА | | | |
| Дата рождения 1 6 0 4 1 9 9 0 | | | |
| СНИЛС | 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0 0 | | |
| № Страхового медицинского полиса ОМС | 9 8 7 6 5 4 | | |
| Адрес или № медицинской карты амбулаторного пациента Северная Осетия - Алания Респ, Алагирский р-н, г Алагир, ул. Ворошилова д.555. Карта № 8 (история развития ребенка) | | | |
| Ф.И.О. врача Петров Пётр Петрович | | | |
| Руб. | Коп. | Rp | Acidum acetylsalicylicum таблетки |
| | | | Дозировка |
| | | D t d 10 (штук) | 500 мг |
| | | Signa по 1т. х 2 раза в день | Кол-во ед. 10 |
| Подпись и личная печать врача | | | |
| 1 3 9 4 2 (Код врача, фельдшера) | | | |
| Рецепт действителен в течение 5-дней, 10-дней, 1 месяца, 3-месяцев (ненужное зачеркнуть) заполняется специалистом аптечного учреждения | | | |
| Отпущено по рецепту | | Торговое наименование | |
| Дата отпуска _____ 20__ г. | | Количество | |
| Приготовил _____ | | Отпустил _____ | |
| (Линия отрыва) | | | |
| Корешок рецептурного бланка | | Способ применения | |
| Наименование лекарственного препарата | | Продолжительность _____ дней | |
| Дозировка | | Количество приемов в день _____ раз | |
| | | На один прием _____ ед. | |

Электронный вариант – «Лечебные назначения» - «Рецепт» [печать внешним приложением].

Рецепт / Форма № 148-1у-06 (льготный)

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1175н от 20.12.2012.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Медицинская организация:
Тестовое ЛПУ,



УТВЕРЖДЕНА
Приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N
1175н

штамп
Код ОГРН

9 8 7 6 6

Код формы
по ОКУД 3108805
Форма N148-1у-06(п)

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---|--|---|
| Код категории граждан | Код нозологической формы (по МКБ-10) | Источник финансирования: 1) Федеральный бюджет 2) Бюджет субъекта РФ 3) Муниципальный бюджет (нужное подчеркнуть) | % оплаты из источника финансирования: 1) 50% 2) 100% (нужное подчеркнуть) | 'Рецепт действителен в течение 5 дней, 40-днев, 1 месяца, 3 месяцев (нужное подчеркнуть)' |
| 1 6 0 | M 4 5 . 0 | | | |

Рецепт Серия **000** № **00000002** -Р от 3 1 . 1 0 . 2 0 1 3

Ф.И.О. пациента **АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА**

Дата рождения 0 4 . 0 5 . 1 9 7 4 СНИЛС 0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0 0

№ полиса обязательного медицинского страхования 4 4 4 4 4 4 4

N медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка) **9**

Ф.И.О. лечащего врача **Аристархов Аристарх Аристархович**

Код лечащего врача 6 5 4 7 8

Выписано
Rp.

Levothyroxinum natricum таблетки

D.t.d.

Дозировка: **100 мкг №100**

Количество: **1 (штук)**

Signa: **по 1т. утром**

Подпись лечащего врача
и личная печать лечащего врача М.П.

| |
|--|
| (Заполняется специалистом аптечной организации) Отпущено по рецепту: Дата отпуска Код лекарственного препарата Торговое наименование Количество На общую сумму |
|--|

Корешок Рецепта Серия **000** № **00000002** от 3 1 . 1 0 . 2 0 1 3

Способ применения:
Продолжительность _____ дней Наименование лекарственного препарата:
Количество приемов в день: _____ раз
На 1 прием: _____ ед. Дозировка: _____

Электронный вариант – «Лечебные назначения» - «Рецепт» [печать
внешним приложением]

Рецепт / Форма № 1-МИ

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1181н от 20.12.2012.

Утверждена
Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. №1181н

Форма №1-МИ

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ

Наименование медицинской организации: ТЕ СТОВОЕ ЛПУ

Штамп

ОГРН 98766

| | | |
|--|--|--|
| Источник финансирования при льготном обеспечении (нужное подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации | Процент оплаты пациентом: 1) 100% 2) бесплатно | Рецепт действителен в течение (указать срок действия): 1 год |
|--|--|--|

Код МКБ-10 I20 СНИЛС

РЕЦЕПТ Серия 03 № 00000005 Дата выдачи от 21.10.2014

"Пациенту с хроническим заболеванием"

Ф.И.О пациента

СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ

Дата рождения от 22.11.1977

Номер страхового медицинского полиса

65656656

Номер медицинской карты пациента

109

Ф.И.О медицинского работника

Петров Пётр Петрович , код врача 13942

Номер телефона медицинского работника

Наименование медицинского изделия

Бинт эластичный клейкий Хафтэласт

Количество единиц

3 шт.

Подпись медицинского работника

Петров П.П.

Личная печать медицинского работника

М.П.

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту.

Дата отпуска _____ г.

Наименование медицинского изделия

Количество единиц _____

На общую сумму _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецепта Серия 03 № 00000005 Дата выдачи от 21.10.2014

Наименование медицинского изделия

Количество единиц _____

Электронный вариант – «Лечебные назначения» - «Рецепт»

[PrintFormPresMedDevMI2]

Рецепт / Форма № 2-МИ

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1181н от 20.12.2012.

Утверждена
Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. №1181н
формы №2-МИ

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК (очки корректирующие)

Наименование медицинской организации: ТЕ СТОВООЕ ЛПУ

Штамп

ОГРН 58766

| | | |
|---|--|---|
| Источники финансирования при льготном обеспечении (нужное подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации | Процент оплаты пациентом: 1) 100% 2) бесплатно 3) бесплатно | Рецепт действителен в течение (указать срок действия): 1 месяц |
|---|--|---|

Код МКБ-10 L50.6 СНИЛС
РЕЦЕПТ Серия 04 №00000003 Дата выдачи от 21.10.2014

Ф.И.О пациента

ХАРИТОНОВ ХАРИТОН ХАРИТОНОВИЧ

Дата рождения от 12.07.1999

Номер страхового медицинского полиса
45679Номер медицинской карты пациента
1952

Ф.И.О медицинского работника

Петров Петр Петрович код врача 13342

номер телефона медицинского работника

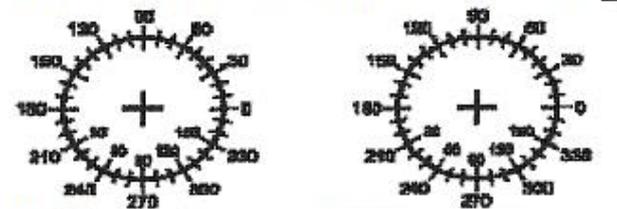
Наименование медицинского изделия

Очки корректирующие в пластмассовой оправе астигматические с минеральными и полимерными линзами зрл до -4-100 дптр. су1 до 60 дптр. Оптика-3

Количество единиц
1 шт.

| | Сфера | Цилиндр | Ось | Призм | Основание |
|--------|--------|---------|-------|-------|-----------|
| Правый | Верх | | | | |
| | Низ | | | | |
| Левый | Верх | | | | |
| | Низ | | | | |
| ADD | Правый | | Левый | | |

Примечание - ADD - аддация (для бифокальных и прогрессивных очковых линз)



Назначение очков (подчеркнуть):
для дали;
для близи;
для постоянного ношения

Примечание

Специальные пометки

Особые отметки

Подпись медицинского работника

Петров П.П.

Личная печать медицинского работника

М.П.

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Дата отпуска _____ г.

Наименование медицинского изделия

Количество единиц

на общую сумму _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецепта Серия 04 №00000003 Дата выдачи от 21.10.2014

Наименование медицинского изделия

Рецепт / Форма № 3-МИ

Утверждена Приказом Минздрава РФ №1181н от 20.12.2012.

Утверждена
Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. №1181н
Формы №3-МИ

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА ЛИНЗЫ КОНТАКТНЫЕ

Наименование медицинской организации: **ТЕ СТОВОЕ ЛПУ**
Штамп
ОГРН 58766

| | | |
|---|--|---|
| Источники финансирования при льготном обеспечении (нужное подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации | Процент оплаты пациентом: 1) 100% 2) бесплатно | Рецепт действителен в течение (указать срок действия): 1 месяц |
|---|--|---|

Код МКБ-10 J18.9 СНИЛС
РЕЦЕПТ Серия 05 №00000002 Дата выдачи от 21.10.2014

Ф.И.О пациента
МИХАЙЛОВ МИХАИЛ МИХАЙЛОВИЧ

Дата рождения от 21.11.1988
Номер страхового медицинского полиса
789654 12665 4789 8

Номер медицинской карты пациента
6

Ф.И.О медицинского работника
Петров Петр Петрович, код врача 13942
Номер телефона медицинского работника

Наименование медицинского изделия
Линзы контактные мягкие корнеосклеральные корригирующие из материала с влагосодержанием 55% ЛКМ-Медстар-55 (с рефракцией от -1,50 до -6,25 дптр. из материала ХЕМА-МАА Чехия)

Количество единиц
2 шт.

Параметры контактных линз

| | Название контактных линз | Радиус (R) | Диаметр (D) | Цвет | Сфера (Sph) | Цилиндр (Cyl) | Ось (Ax) | Астигматизм (Ad) |
|------------------|--------------------------|------------|-------------|------|-------------|---------------|----------|------------------|
| Правый глаз (OD) | | | | | | | | |
| Левый глаз (OS) | | | | | | | | |

Рекомендации по применению:

Режим ношения _____
Частота замены контактных линз _____
Средства для ухода и хранения контактных линз _____
Примечания _____

Подпись медицинского работника
Петров П.П.

Личная печать медицинского работника М.П.

----- (заполняется специалистом медицинской организации) -----

Отпущено по рецепту:

Дата отпуска _____ г.
Наименование медицинского изделия _____

Количество единиц _____

На общую сумму _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецепта Серия 05 №00000002 Дата выдачи от 21.10.2014
Наименование медицинского изделия _____

Количество единиц _____

Прочие документы

Карта пациента отделения ЛФК / Форма № 042/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

ОКУД

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Медицинская документация
форма № 042/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА № _____
лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

- | | |
|---|---|
| 1. Фамилия, имя, отчество СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977) , пол | Отделение (палата) N Хирургическое |
| Муж. | Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного N _____ |
| 2. Адрес КАРЕЛИЯ, ПАЙ, АНДРОПОВА д.22 кв.11 | Дата заболевания, получения травмы _____ |
| 3. Дата рождения 22.11.1977 | Поступил в больницу _____ |
| 4. Место работы Новое предприятие - / | Назначен в ЛФК _____ |
| 5. Занимался ли ФК и спортом систематически, длительность) _____ | Всего дней лечения в больнице _____ |
| 6. Диагноз при поступлении в больницу _____ | Дней лечения ЛФК _____ |
| 7. Диагноз при поступлении в ЛФК _____ | |
| 8. Приступил к лечению в кабинете ЛФК 20.11.2008 | |
| 9. Краткий анамнез: проведенное лечение пример краткого анамнеза | |
| 10. Жалобы больного все болит очень сильно | |
| 11. Основные клинические данные все вроде как нормально | |

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Лечебные назначения» - «Лечебная физкультура» [PR_LFK_F_042_U]**

Карта больного с нарушением опорно-двигательного аппарата / Вкладной лист в форму № 042/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
наследственные учреждения

ОКУД

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Медицинская документация
форма № 042/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030
Вкладной лист к форме №042

КАРТА больного с нарушением опорно-двигательного аппарата

Фамилия, имя, отчество СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977)

Данные функционального исследования

| Дата | Подвижность позвоночника | | | | Силовая выносливость мышц | | | |
|------|--------------------------|-------|--------|-------|---------------------------|-----------------|----------|--|
| | вперед | назад | вправо | влево | спины | брюшного пресса | туловища | |
| | | | | | | слева | справа | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| Дата | Относительная длина ног | | Окружность живота | Величина поясничного лордоза |
|------|-------------------------|-------|-------------------|------------------------------|
| | правой | левой | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Врач ЛФК _____
Печать: 10.11.2008 15:36:42 - DevTeam

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Лечебные назначения» - «Лечебная физкультура» - «Печать» - «Печать карты больного с нарушением опорно-двигательного аппарата» [PR_LFK_F042_u_VKLAD]**

Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении / Форма №044/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

ОКУД
Медицинская документация
форма № 044/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

КАРТА

больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного N _____

Лечащий врач **Николаев Николай Николаевич - врач-хирург**

Фамилия, имя, отчество **СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977)**

Возраст: пол **Муж**

Из какого отделения (кабинета) направлен больной **Хирургическое**

Диагноз **Пример диагноза**

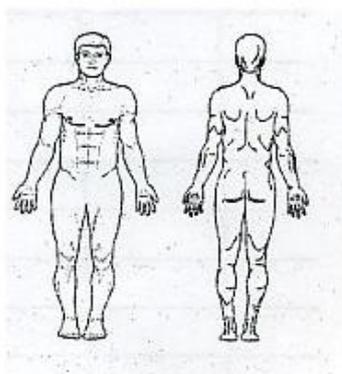
Жалобы больного _____

| Назначение лечащим врачом или врачом физиотерапевтом (подчеркнуть) | Дата | Наименование процедуры | Количество | Продолжительность | Дозировка |
|--|------------|--|------------|-------------------|-----------|
| | 03.11.2008 | д'Арсонвализация 2 поля / интравагинальную область | 8 9 | | |
| | | Общая инсоляция 1 вариант /голень | | | |

Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть)
Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные)

Эпикриз: _____

Врач-физиотерапевт _____



Электронный вариант – **«Новый документ» - «Лечебные назначения» - «Электрофототерапия» [PR_Fizio_F044_u]**

Карта обратившегося за антирабической помощью / Форма №045/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____
 Министерство здравоохранения СССР
ПОЛИКЛИНИКА №1
 (Наименование учреждения)

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
 Форма № 045/у
 Утверждена Минздравом СССР
 от 04.10.80 г. N 1030

КАРТА
обратившегося за антирабической помощью
05.06.2013
 дата обращения

1. Фамилия, имя, отчество ХАРИТОНОВ ХАРИТОН ХАРИТОНОВИЧ
2. Возраст 13
3. Дрм. адрес, телефон _____
4. Занятие и адрес места работы, № телефона МОУ СОШ №10
5. Дата укуса 04.06.2013
6. в какое лечебное учреждение обращался по поводу укуса и когда Городская
поликлиника №2, 04.06.2013
7. Описание повреждения и локализация его Укушенная рана правой кисти
8. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном Бродячая собака.
Сведений о прививках нет
9. Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения _____
10. Бешенство животного установлено ветврачом лабораторно
11. Животное осталось убито

12. Анамнез обратившегося:
- а) заболевание нервной системы _____
 - б) употребляет ли спиртные напитки, как часто **не употребляет**
 - в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько **не получал**
 - г) прочие сведения _____
13. Назначенный режим **амбулаторное лечение**
14. Назначение прививки **Вакцина антирабическая культуральная концентрированная очищенная инактивированная сухая**
- дата _____ доза _____ серия _____
15. Осложнения во время проведения прививок **Гиперемия**
16. Введение антирабического гаммаглобулина: дата _____ доза _____
серия _____
17. Реакция на внутрикожную пробу: **покраснение**
Десенсибилизация: **однократная**

Электронный вариант – «Вакцинации» - **«Новый документ»** - **«Карта обратившегося за антирабической помощью»** [PR_sformD2RabHelp]

Квитанция на приём вещей и ценностей от больного / Форма №5-М3

Утверждена приказом МЗ СССР №1374 от 17.10.1986.

| | | | |
|--|--|----------------------------|-------------------|
| Министерство здравоохранения Российской Федерации СТАЦИОНАР 888888, РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ, ПЕТРОВСКИЙ Р-Н, Г. ИВАНОВСК, УЛ. СИДОРОВА, Д. 22 | Утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР от 17 октября 1986 г. N 1374 | | |
| КВИТАНЦИЯ № 1 | | | |
| на прием вещей и ценностей от больного | | | |
| от кого АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА поступившего на лечение 19.06.2012 | | | |
| № | Наименование вещей (ценностей) | Характеристика | Количество |
| 1 | Паспорт | | 1 |
| 2 | Пальто | Женское красное 48 размера | 1 |
| 3 | Платье | Летнее | 1 |
| 4 | Туфли женские | Зелёные 38 размера | 1 пара |
| 5 | Деньги (евро) | | 100 |
| 6 | Кольцо золотое | 999 пробы | 1 |
| 7 | Мобильный телефон | Нокиа 3030 | 1 |
| 8 | Часы | золотые "Полёт" | 1 |
| 9 | Серьги золотые | 999 пробы | 2 |
| Вещи (ценности), перечисленные в описи Сдал АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА Подпись _____ | | | |
| Принял Петрова Марья Петровна - санитарка Подпись _____ | | | |
| Перечисленные в описи вещи (ценности) на ответственное хранение Принял Сестра-хозяйка Трифонова Татьяна Трифоновна - сестра-хозяйка Подпись _____ | | | |
| Вещи (ценности) получил полностью АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА Подпись _____ | | | |
| 28.06.2012 | | | |

Электронный вариант – *«Новый документ» - «Текстовые документы» - «Квитанция на приём вещей и ценностей от больного» [PRsformPersThing]*

Адресный листок прибытия / Форма №2

Утверждена приказом ФМС РФ №288 от 11.09.2012.

| | |
|--|-----------------|
| <p>П</p> <p style="text-align: center;">АДРЕСНЫЙ ЛИСТОК ПРИБЫТИЯ</p> <p>1. Фамилия <u>ВОЛЧУГИНА</u></p> <p>2. Имя <u>АННА</u></p> <p>3. Отчество <u>АЛЕКСЕЕВНА</u></p> <p>4. Дата рождения <u>02.06.1991</u> 5. Пол <u>Женщина</u></p> <p>6. Место рождения _____</p> <p>7. Гражданство _____</p> <p>8. Зарегистрирован по месту: жительства с _____ пребывания до _____ по адресу <u>Петрозаводск, Ленина</u></p> <p>9. Орган регистрационного учета _____ (код ____)</p> <p>10. Документ, удост. личность: вид _____ серия ____ номер _____ выдан _____ орган, выдавший документ _____ код ____</p> <p>11. Откуда прибыл <u>Неизвестный</u></p> | <p>Форма №2</p> |
|--|-----------------|

(оборотная сторона)

| |
|--|
| <p>12. Переехал в том же населенном пункте с ул. _____, дом ____ корп. ____ кв. ____</p> <p>13. Переменил(а) ФИО и прочие сведения с: фамилия _____ имя _____ отчество _____ дата рождения _____ пол <u>муж/жен</u></p> <p>14. Прочие причины _____</p> <p>15. Документ составил <u>01.10.2015</u> Подпись _____</p> <p>16. Зарегистрировал <u>01.10.2015</u> Подпись _____</p> |
|--|

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Паспортные данные» - «Адресный листок прибытия»** [PR_sformD1InMigrant]

Адресный листок убытия / Форма №7

Утверждена приказом ФМС РФ №288 от 11.09.2012.

| | |
|--|-----------------|
| <p>В</p> <p style="text-align: center;">АДРЕСНЫЙ ЛИСТОК УБЫТИЯ</p> <p>1. Фамилия <u>ВОЛЧУГИНА</u></p> <p>2. Имя <u>АННА</u></p> <p>3. Отчество <u>АЛЕКСЕЕВНА</u></p> <p>4. Дата рождения <u>02.06.1991</u> 5. Пол <u>Женщина</u></p> <p>6. Место рождения _____</p> <p>7. Гражданство _____</p> <p>8. Зарегистрирован по месту: жительства с _____ пребывания до _____ по адресу <u>Петрозаводск, Ленина,</u></p> <p>9. Орган регистрационного учета _____ (код ____)</p> <p>10. Документ, удост. личность: вид _____ серия ____ номер _____ выдан _____ орган, выдавший документ _____ код ____</p> <p>11. Куда выбыл <u>Неизвестный,</u></p> | <p>Форма №7</p> |
|--|-----------------|

(оборотная сторона)

| |
|---|
| <p>12. Откуда прибыл <u>Петрозаводск, Ленина,</u></p> <p>13. Переехал в том же населенном пункте на ул. _____, дом ____ корп. ____ кв. ____</p> <p>14. Переменил(а) ФИО и прочие сведения на: фамилия _____ имя _____ отчество _____ дата рождения _____ пол <u>муж/жен.</u></p> <p>15. Прочие причины _____</p> <p>16. Документ составил <u>01.10.2015</u> Подпись _____</p> <p>17. Снятие с регучета <u>01.10.2015</u> Подпись _____</p> |
|---|

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Паспортные данные» - «Адресный листок убытия» [PR_sformD1OutMigrant]**

Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии / Форма №58-1/у

Утверждена приказом МЗ РФ №460 от 29.12.2000.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
**Тестовое ЛПУ, 222222 Республика Карелия, г.
Петрозаводск, пр. Ленина, д.333, 8 (888) 888-88-88**
(наименование учреждения
здравоохранения, адрес,
телефон)

УТВЕРЖДЕНО
приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 29.12.2000 г. N 460

Учетная документация
форма N 58-1/у
Представляется в территориальный
центр Госсанэпиднадзора

Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии

1. Ф.И.О. больного: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА
2. Пол: Женщина Возраст: 24
3. Социальное положение: Работающий
4. Адрес происшествия: республика, край, область Волгоградская район Николаевский город Николаевск населенный пункт п. Старая Николаевка улица - дом 1 корп. 3 кв. 5
5. Место происшествия: улица
6. Наименование места происшествия: ул. Ленина
7. Даты: отравления: 07.08.2014 первичного обращения: 07.08.2014 установления диагноза: 07.08.2014
8. Диагноз (название яда + код по МКБ-10): Кокаин, T40.5
9. Диагноз установлен: врачом
10. Оказана медицинская помощь: в стационаре при госпитализации больного
11. Смерть наступила: в ЛПУ
в ЛПУ: через 5 час от момента поступления
12. Обстоятельства отравления:
 - 12.1. характер: массовое
(количество отравившихся 12)
 - 12.2. преднамеренное: с целью одурманивания
 - 12.3. случайное: непереносимость или побочное действие
13. Место приобретения яда: другое
место приобретения улица

Дата заполнения

07.08.2014

Подпись медицинского работника,
составившего извещение
Владимиров Владимир Владимирович - Врач-
анестезиолог-реаниматолог

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Токсикология» - «Экстренное извещение о случае острого отравления химической этиологии».**» [PR_sformEmerNotChem]

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку / Форма №058/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

| | |
|--|---|
| Министерство здравоохранения СССР Наименование учреждения: Тестовое ЛПУ | Медицинская документация форма N 05 Утверждена Минздравом СССР 04.10.80 г. N 101 |
| Код формы по ОКУД _____ | Код учреждения по ОКПО _____ |
| ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку | |
| 1. Диагноз: Сальмонеллезный энтерит (Код МКБ: A02.0) подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть) | |
| 2. Фамилия, имя, отчество: ПРОКОПЬЕВ ПРОКОПИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ | |
| 3. Пол: Мужчина | |
| 4. Возраст: 24 | |
| 5. Адрес: Мордовия Респ, Рузаевский р-н, г Рузаевка, ул. Дмитрова д.111 кв.222, _____ (индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать) | |
| 6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения): Отделение железной дороги | |
| 7. Даты: заболевания: 27.05.2012 первичного обращения (выявления): 28.05.2012 установления диагноза: 28.05.2012 последующего посещения детского учреждения, школы: госпитализации: 07.03.2012 10:13:01 | |
| 8. Место госпитализации: | |
| 9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший: | |
| 10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения: Санобработка очага инфекции | |
| 11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС: 28.05.2012 16:15 Фамилия сообщившего: Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезии и реанимации Анестезиология и реаниматология Кто принял сообщение: Петрова М.И. | |
| 12. Дата и час отсылки извещения: 28.05.2012 11:00 Подпись пославшего извещение _____ Регистрационный N _____ в журнале ф. N _____ санэпидстанции. Подпись получившего извещение _____ | |

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Текстовые документы» - «Экстренное извещение»**. [PR_EmergencyNotif]

Обход мультидисциплинарной бригады

Регламентирован приказом МЗ РФ №928н от 15.11.2012

Тестовое ЛПУ
наименование учреждения
Терапевтическое отделение
наименование отделения

Пациент: СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ
(22.11.1977), [возраст: 38 лет]
Место работы: ООО "Стройматериалы" / Ремонтный -
СВИНЦЕПАЯЛЬЩИК

Обход мультидисциплинарной бригады (19.02.2016 - 13:43)

Вид мед.обслуживания: **Высокотехнологичная помощь (32)** Место обслуживания: **Стационар (6)** Цель (повод) обращения: **Лечебно-диагностический (1)** Состояние пациента **Средней тяжести (3)**

Совместный обход и мультидисциплинарной бригады в составе:

Заведующий отделением

Владимиров Владимир Владимирович - Врач-анестезиолог-реаниматолог

Члены бригады

Сигизмундов Сигизмунд Сигизмундович - Врач-невролог

Кириллов Кирилл Кириллович - Врач-физиотерапевт

Викторов Виктор Викторович - Врач-кардиолог

Исааков Исаак Исаакович - Врач-офтальмолог

Евдокимов Евдоким Евдокимович - Врач-психотерапевт

Олегов Олег Олегович - Врач-нейрохирург

Жалобы:

на выраженные боли в верхней половине живота, тошноту, позывы на рвоту

Неврологический статус:

Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. АД мм рт.ст. Пульс в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы над сосудами шеи не выслушиваются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: в сознании, адекватен, полностью ориентирован в месте, времени и собственной личности. Эмоциональный фон снижен. Фиксирован на своих ощущениях. Интеллектуально-мнестически не изменен. Походка не нарушена/неуверенная/атактическая/спастическая/паретическая. Движения в шейном отделе в полном объеме/ограничены/тугоподвижны, безболезненные.

ЧН: обоняние, вкус, цветоощущение не изменены, зрачки D=><S, прямая и содружественная фотореакция зрачков живая/вялая, симметричная. Гемизносов нет. Глазные щели D=><S, движения глазных яблок в полном объеме. Пареза зрачка, лтоза, диплопии нет. Ng нет/Горизонтальный/Вертикальный ротаторный/мелко/крупно размахистый при взгляде вправо/влево, с быстрой фазой его вправо/влево. Лицо симметрично. Легкая сплаженность правой/левой носогубной складки. Чувствительность кожи головы и лица сохранена/болевая гипестезия правой/левой половины лица. Функция жевательных мышц в норме. Точки выхода тройничного нерва безболезненные.

Роговичные рефлексы живые, равные. Мимика живая/гипомимия. Фокация, глотание не нарушены. Поперхивание/затруднение при глотании. Носовой оттенок голоса. Глоточные и небные рефлексы живые, D=><S. Язык по средней линии, атрофии, фасцикулаций нет. Легкая девиация языка вправо/влево.

Речь не нарушена/смазана. Дизартрия. Моторная сенсорная афазия. Симптомы орального автоматизма (+). Парезов в пробе Барре нет. Мышечный тонус не изменен/физио снижен/повышен по пирамидному типу/экстропирамидному типу. Сила мышц конечностей 5 баллов. Глубокие рефлексы с рук и ног живые/оживлены/отсутствуют/снижены с расширением рефлексогенных зон, D=><S. Патологических знаков нет. Право/Левосторонний с рук/Росоломо, с ног Бабицкого. Болевая гемигипестезия справа/слева. Нарушений поверхностных и глубоких видов чувствительности не выявлено. В простой и усложненной пробе Ромберга устойчив. Нерезкая атаксия в позе Ромберга с латерализацией вправо/влево. Координаторные пробы выполняются удовлетворительно. ПНП с интенцией и импопаданием справа/слева/с обеих сторон. ПКП с интенцией справа/слева/с обеих сторон. Адидахокинез справа/слева. Тазовые функции не нарушены (со слов). Менингеальные знаки отрицательные.

Диагноз:

ЦВБ. ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом. Дизартрия.

Код МКБ

I63.9

Основной диагноз

ЦВБ. ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом. Дизартрия.

Код МКБ

I63.9

Сопутствующий диагноз

Варикозная болезнь. Варикозное расширение вен правой нижней конечности
Камни желчного пузыря с другим холециститом
Свинцовая подагра

Код МКБ

I83.9

K80.1

M10.1

Подписи членов мультидисциплинарной бригады:

Заведующий отделением Владимир Владимирович

Члены бригады Сигизмунд Сигизмундович
Кирилл Кириллович

Обход мультидисциплинарной бригады – Консилиумы и консультации – PR-sformposCol.

Протокол врачебной комиссии по отбору оказания ВМП

Утверждена приказом МЗ РФ №930 от 29.12.2014.

Тестовое "ЛПУ"

Протокол врачебной комиссии № 19

| | |
|-------------------------|--|
| Дата выполнения | 21.04.2015 |
| Ф.И.О. / возраст | ЖЕЛЕ ДЕВА МАРИЯ БОРИСОВНА (30.03.1970) [возраст: 45] |
| Социальный статус | Работающий (4) |
| Инвалидность | Инвалид по общему заболеванию, группа I |
| Место работы: | Предприятие Весна / подразделение для Весны - ДИЗАЙНЕР |
| Профессия | ДИЗАЙНЕР |
| Лечащий врач: | Врач здравпункта |
| Цель направления на ВК: | Продление листов нетрудоспособности сроком более 15 дней |

| | |
|---------------------------------|--|
| Сумма дней ВН по данному случаю | Выдан ЛН с 20.04.2015 по 30.04.2015, № 7867545757, по диагнозу Другая уточненная сальмонеллезная инфекция, 11 дней Выдан ЛН с 20.04.2015 по 30.04.2015, № 474546454, по диагнозу Паратиф С, 11 дней продолжение ЛН с 30.04.2015 по 03.05.2015, № 567567, по диагнозу Паратиф С, 4 дней, приступить к работе с 04.05.2015 Выдан ЛН с 20.04.2015 по 30.04.2015, по диагнозу Энтероинвазивная инфекция, вызванная Escherichia coli, 11 дней (дубликат по совмещению) |
|---------------------------------|--|

| | |
|------------------------------------|------------|
| Длительность данного случая, всего | 1 |
| В лечебном учреждении с | 20.04.2015 |
| Дата предыдущей ВК | 01.12.2014 |

Основной диагноз: Clostridium perfringens [C.perfringens] как причина болезней, классифицированных в других рубриках

Осложнение основного: Балантидиаз

Сопутствующий: Паратиф В

Динамика в состоянии пациента за период лечения (с предыдущей ВК)

Отсутствуют данные

Сведения о проведенном лечении

Рецепт № 0000000000000345, сер. 086A Fluimucilum доз. 600 мг Signa наружно D.t.d. 1
Рецепт № 0000000000000345, сер. 086A Fluimucilum доз. 600 мг Signa наружно D.t.d. 1

Жалобы

Боль в животе

Данные объективного осмотра

В норме

Дополнение к обследованию:

нет

Дополнение к лечению:

нет

Даны рекомендации:

Чай с медом

Решение ВК: Тестовое (123)

ЛН с 21.04.2015 по 30.04.2015 на 10 дней

Код ВМП 02.00.002

Дата следующей ВК 21.08.2015

Дата очередной явки на прием: 21.04.2015

Дата явки в бюро МСЭ 30.04.2015

Врач, направивший на ВК:

Председатель ВК:

Члены ВК:

Врач. В.В.

Алексеев Антон Юрьевич - Врач-радиолог

Анатольевский Анатолий Анатольевич

Александровна Оксана Фесенко - Врач-кардиолог

Алексеев Алексей Алексеевич

Акопян Акоп Акопович - Врач по коммунальной гигиене

Согласие на первичную медицинскую помощь

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, ТЕСТЕР ВАЛЕНТИН ГЕОРГИЕВИЧ 01.11.1987 г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: Тестовая обл. Красненский р-н, с Тест, ул. Фрунзе, д.11
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в

ООО Клиника Тест

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

ТЕСТЕР ВАЛЕНТИН ГЕОРГИЕВИЧ,

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ **ТЕСТЕР ВАЛЕНТИН ГЕОРГИЕВИЧ**
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)
06.12.2016
(дата оформления)

Вторичные медицинские документы (справки, выписки, направления, карты)

Медицинское свидетельство о рождении / Форма №103/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №1687н от 27.12.2011.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 27.12.2011 г. №1687н
ФОРМА №103/у.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ 11 № 123

Дата выдачи 03.04.2013

1. Ребенок родился: 09.02.2011 03:15:00
2. Фамилия, имя, отчество матери: ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА
3. Дата рождения матери: 30.10.1989
4. Место постоянного жительства (регистрации) матери ребенка: Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23
5. Местность: Городская
6. Пол: мальчик

линия отреза

| |
|--|
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации |
| Наименование медицинской организации |
| <u>ТЕСТОВОЕ ЛПУ</u> |
| адрес |
| Код по ОКПО |

| |
|--|
| Код формы по ОКУД |
| Медицинская документация |
| Учетная форма №103/у |
| Утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 г. №1687н |

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

СЕРИЯ 11 № 123

Дата выдачи 03.04.2013

1. Ребенок родился: 09.02.2011 03:15:00

| Мать | Ребенок |
|---|------------------------|
| 2. Фамилия, имя, отчество <u>ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА</u> | 11. Фамилия ребенка |
| 3. Дата рождения <u>30.10.1989</u> | 12. Место рождения |
| 4. Место постоянного жительства (регистрации) <u>Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв.23</u> | 13. Местность |
| 5. Местность <u>Городская</u> | 14. Роды произошли |
| 6. Семейное положение <u>в браке зарегистрированном</u> | 15. Пол <u>мальчик</u> |

7. Роды произошли:

8. Врач-неонатолог

Михайлов Михаил
Михайлович - врач-хирург
 (32151) Хирургия
 (фамилия, имя, отчество)

(должность врача (фельдшера,
 акушерки), заполнившего медицинское
 свидетельство)

Подпись

9. **Получатель** СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977)
 (фамилия, имя, отчество и отношение к ребенку)

Паспорт гражданина РФ серия 8800 № 666665 выдан УВД г. Петрозаводск: 03.12.2008
 (Документ, удостоверяющий личность получателя, серия, номер, кем выдан)

03.04.2013

Подпись
 получателя _____

линия отреза

7. Образование:

8. Занятость:

9. Срок первой явки к врачу (фельдшеру,
акушерке):

10. Которым по счету был рожден: 1

16. Масса тела при рождении: 3900 г

17. Длина тела при рождении: 55 см

18. Ребенок родился:

при одноплодных родах

при многоплодных: которым по счету

при многоплодных: чисто родившихся

19. Лицо принимавшее роды

20. Врач-неонатолог

Должность врача (фельдшера,
 акушерки), заполнившего медицинское
 свидетельство)

Подпись

Михайлов Михаил
Михайлович - врач-хирург
 (32151) Хирургия
 (фамилия, имя, отчество)

Руководитель медицинской организации,
 индивидуальный предприниматель,
 осуществляющий медицинскую деятельность

Подпись

(фамилия, имя, отчество)

Электронный вариант – **«Новый документ» – «Неонатология» - «Медицинское свидетельство о рождении» [PR_SpravkaNewBound]**

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти / Форма №106-2/у-08

Утверждена приказом МЗСР РФ №782 от 26.12.2008.

Приложение № 3
к приказу Минздравсоцразвития России
от «26» декабря 2008 г. №782н

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106-2/у-08

СЕРИЯ 22 № 7

Дата выдачи: «28» мая 2012 г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)

серия № « » _____ г.

1. Роды мертвым плодом: число _____, месяц _____, год _____, час. _____, мин. _____
2. Ребенок родился живым: число 7, месяц Февраль, год 2012, час. 16, мин. 50
и умер дата: число 28, месяц Май, год 2012, час. 17, мин. 0
3. Смерть наступила: [1] до начала родов, [2] во время родов, [3] после родов, [4] неизвестно
4. Фамилия, имя, отчество матери ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА
5. Дата рождения матери: число 30, месяц Октябрь, год 1989
6. Место постоянного жительства (регистрации) матери умершего (мертворожденного) ребенка:
республика, край, область Московская район _____
город (село) Долгопрудный улица Корабельная дом 793 кв. 687
7. Местность: городская [1], сельская [2]
8. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка (фамилия плода) КУЗНЕЦОВ МАЛЬЧИК МАЛЬЧИК
9. Пол: мальчик [1], девочка [2]
10. Смерть (мертворождение) произошла: в стационаре [1], дома [2], в другом месте [3]

линия отреза

11. Причины перинатальной смерти:

Код по МКБ-10

а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка

б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка

в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка

д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти

12.

(должность врача (фельдшера, акушерки),
закрывающего Медицинское свидетельство о
перинатальной смерти)

(подпись)

Яковлев Яков Яковлевич - врач-неонатолог

(фамилия, имя, отчество)

13. Запись акта о мертворождении, смерти (нужное подчеркнуть) № _____ от « » _____ г., наименование органа ЗАГС _____, фамилия, имя, отчество работника органа ЗАГС _____

14. Получатель:

(фамилия, имя, отчество и отношение к мертворожденному (умершему) ребенку)

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) _____

« » _____ (подпись)

линия отреза

линия отреза

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
 Наименование медицинской организации: Гестовое ЛПУ
 адрес: Новый адрес
 Код по ОКПО _____
 Для врача занимающегося частной практикой:
 номер лицензии на медицинскую деятельность _____
 адрес: _____

Код формы по ОКУД
 Медицинская документация
 Учетная форма №106-2/У-08
 Утверждена приказом Минздравсоцразвития
 России
 от «26» декабря 2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ

СЕРИЯ 22 № 7

Дата выдачи: «28» мая 2012 г.

(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного)

- серия № « » г.
 1. Роды мертвым плодом число _____, месяц _____, год _____, час _____, мин. _____
 2. Ребенок родился живым: число 7, месяц Февраль, год 2012, час 16, мин. 50
 и умер дата: число 28, месяц Май, год 2012, час 17, мин. 0
 3. Смерть наступила: [1] до начала родов, [2] во время родов, [3] после родов, [4] неизвестно

Мать

Ребенок (плод)

4. Фамилия, имя, отчество ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА
 5. Дата рождения

| | |
|---|---|
| 3 | 0 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 1 | 0 |
|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|

 матери число _____ месяц _____ год _____
 6. Место постоянного жительства (регистрации):
 республика, край, область Московская
 район _____
 город (село) Долгопрудный
 улица Корабельная дом 793 кв. 687
 7. Местность: городская [1], сельская [2]
 8. Семейное положение: состоит в зарегистрированном
браке [1], не состоит в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].
 9. Образование: профессиональное: высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее: среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].
 10. Занятость: была занята в экономике: руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не была занята в экономике: пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].
 11. Которые по счету роды

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

12. Фамилия ребенка КУЗНЕЦОВ МАЛЬЧИК МАЛЬЧИК
 13. Место смерти (мртворождения):
 республика, край, область Московская, р-н
 район _____
 город (село) Долгопрудный
 улица _____ дом _____ кв. _____
 14. Местность: городская [1], сельская [2]
 15. Смерть (мртворождение) произошла: в стационаре [1], дома [2], в другом месте [3], неизвестно [4]
 16. Пол: мальчик [1], девочка [2]
 17. Масса тела ребенка (плода) при рождении

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 5 | 0 |
|---|---|---|---|

 г.
 18. Длина тела ребенка (плода) при рождении

| | |
|---|---|
| 5 | 0 |
|---|---|

 см.
 19. Мртворождение или живорождение произошло
 При одноплодных родах

| | |
|---|--|
| X | |
|---|--|

 При многоплодных родах которым по счету

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Число родившихся (живыми и мертвыми)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

линия отреза

20. Которым по счету ребенок был рожден у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) 1

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

22. Лицо, принимавшее роды: врач [1], фельдшер, акушерка [2], другое [3]

23. Причины перинатальной смерти:

| | Код по МКБ-10 | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| а) основное заболевание или патологическое состояние плода или ребенка | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 15px;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| б) другие заболевания или патологические состояния плода или ребенка | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 15px;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| в) основное заболевание или патологическое состояние матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 15px;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| г) другие заболевания или патологические состояния матери, оказавшее неблагоприятное влияние на плод или ребенка | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 15px;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |
| д) другие обстоятельства, имевшие отношение к мертворождению, смерти | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%; height: 15px;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | |

24. Причины смерти установлены: врачом, только удостоверившим смерть [1], врачом-акушером-гинекологом, принимавшим роды [2], врачом-неонатологом (педиатром), лечившим ребенка [3], врачом-патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5], акушеркой [6], фельдшером [7] на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], собственного предшествовавшего наблюдения [3], вскрытия [4]

25.

| | | |
|--|------------------|--|
| <i>(должность врача (фельдшера, акушерки), за подписью Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)</i> | <i>(подпись)</i> | <u>Яковлев Яков Яковлевич - врач-неонатолог</u> <i>(фамилия, имя, отчество)</i> |
| Руководитель медицинской организации частнопрактикующий врач (подчеркнуть) | <i>(подпись)</i> | <i>(фамилия, имя, отчество)</i> |
| Печать | | |

26. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

| | | |
|-----------------|------------------|---|
| « » _____ г. | <i>(подпись)</i> | <u>DevTeam</u> <i>(фамилия, имя, отчество врача)</i> |
|-----------------|------------------|---|

Электронный вариант – «Новый документ» – «Неонатология» -
«Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»
[PR_SpravkaDeathNewBoundPFL]

Медицинское свидетельство о смерти / Форма № 106/у-98

Утверждена приказом МЗСР РФ №782 от 26.12.2008.

Приложение № 2
к приказу Минздравсоцразвития России
от «26» декабря 2008 г. №782н

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ К УЧЕТНОЙ ФОРМЕ №106/У-08

СЕРИЯ 22 № 11

Дата выдачи: «28» мая 2012 г.

(окончательного, предварительного, взамен предварительного, взамен окончательного)
серия № « » _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего(ей) БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ
2. Пол: мужской [1], женский [2]
3. Дата рождения: число 25, месяц Декабря, год 1907,
4. Дата смерти: число 28, месяц Май, год 2012, время 14:00
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего: республика, край, область Ленинградская
район Всеволожский город Всеволожск населенный пункт _____
улица Антоновская дом 854 кв. 89
6. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]
Для детей, умерших в возрасте до 1 года:
7. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____ число месяцев _____ дней жизни _____
8. Место рождения: _____
9. Фамилия, имя, отчество матери _____

линия отреза

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

| 10. Причины смерти: | При ближайшем рассмотрении между местом и патологическим процессом и смертью | Код по МКБ-10 |
|--|--|---------------|
| I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти) | | □ □ □ □ . □ □ |
| б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины) | | □ □ □ □ . □ □ |
| в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней) | | □ □ □ □ . □ □ |
| г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях) | | □ □ □ □ . □ □ |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) | | □ □ □ □ . □ □ |

11. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

12. В случае смерти беременной (независимо от срока локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4].

13. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти

Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург Подпись _____

14. Фамилия, имя, отчество получателя НИКОЛАЕВ НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ (12.07.1985)

Документ, удостоверяющий личность получателя (серия, номер, кем выдан) Паспорт гражданина России серия 8688 № 987876

« » _____ Подпись получателя _____

линия отреза

линия отреза

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
 Наименование медицинской организации Тестовое ЛПУ
 адрес Новый адрес
 Код по ОКПО _____
 Для врача занимающегося частной практикой
 номер лицензии на медицинскую деятельность _____
 адрес _____

Код формы по ОКУД
 Медицинская документация
 Учетная форма №106/У-08
 Утверждена приказом Минздрава России
 от «26» декабря 2008 г. № 782н

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ

СЕРИЯ 22 № 11Дата выдачи: 28 мая 2012 г.*(окончательное, предварительное, взамен предварительного, взамен окончательного)*серия № « » _____ г.

1. Фамилия, имя, отчество умершего БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ
2. Пол: мужской [1], женский [2]
3. Дата рождения: число 25, месяц Декабря, год 1907,
4. Дата смерти: число 28, месяц Май, год 2012, время 14:00
5. Место постоянного жительства (регистрации) умершего: республика, край, область Ленинградская
район Всеволожский город Всеволожск населенный пункт _____
улица Антоновская дом 854 кв. 89
6. Местность: городская [1], сельская [2]
7. Место смерти: республика, край, область Ленинградская
район Всеволожский город Всеволожск населенный пункт _____
улица Антоновская дом 854 кв. 89
8. Местность: городская [1], сельская [2]
9. Смерть наступила: на месте происшествия [1], в машине скорой помощи [2], в стационаре [3], дома [4], в другом месте [5]
10. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 месяца: доношенный (37-41 недель) [1], недоношенный (менее 37 недель) [2], переношенный (42 недель и более) [3].
11. Для детей, умерших в возрасте от 168 час. до 1 года: масса тела ребенка при рождении _____ грамм [1], каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных) _____ [2], дата рождения матери _____ [3], возраст матери (полных лет) _____ [4], фамилия, имя, отчество матери _____
- 12.* Семейное положение: состоял(а) в зарегистрированном браке [1], не состоял(а) в зарегистрированном браке [2], неизвестно [3].
- 13.* Образование: профессиональное : высшее [1], неполное высшее [2], среднее [3], начальное [4]; общее : среднее (полное) [5], основное [6], начальное [7]; не имеет начального образования [8]; неизвестно [9].
- 14.* Занятость: был(а) занят(а) в экономике : руководители и специалисты высшего уровня квалификации [1], прочие специалисты [2], квалифицированные рабочие [3], неквалифицированные рабочие [4], занятые на военной службе [5]; не был(а) занят(а) в экономике : пенсионеры [6], студенты и учащиеся [7], работавшие в личном подсобном хозяйстве [8], безработные [9], прочие [10].
15. Смерть произошла: от заболевания [1]; несчастного случая : не связанного с производством [2], связанного с производством [3]; убийства [4]; самоубийства [5]; в ходе действий : военных [6], террористических [7]; род смерти не установлен [8].

* В случае смерти детей, возраст которых указан в пунктах 10-11, пункты 12-14 заполняются в отношении их матерей.

16. В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти - указать дату травмы (отравления): число _____, месяц _____, год _____, время _____, а также место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление)

17. Причины смерти установлены: врачам, только установившим смерть [1], лечащим врачом [2], фельдшером (акушеркой) [3], патологоанатомом [4], судебно-медицинским экспертом [5].

18. Я, врач (фельдшер, акушерка) Алексеев Алексей Алексеевич - врач-хирург должность _____

удостоверяю, что на основании: осмотра трупа [1], записей в медицинской документации [2], предшествующего наблюдения за больным(ой) [3], вскрытия [4] мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлены причины смерти.

| 19. Причины смерти: | Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью | Код по МКБ-10 |
|--|---|----------------------|
| I. а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти) | | <input type="text"/> |
| б) _____ (патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины) | | <input type="text"/> |
| в) _____ (первоначальная причина смерти указывается последней) | | <input type="text"/> |
| г) _____ (внешняя причина при травмах и отравлениях) | | <input type="text"/> |
| II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата) | | <input type="text"/> |

20. В случае смерти в результате ДТП: смерть наступила – в течение 30 суток [1], из них в течение 7 суток [2].

21. В случае смерти беременной (независимо от срока локализации) [1], в процессе родов (аборта) [2], в течение 42 дней после окончания беременности, родов (аборта) [3]; кроме того в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов [4].

22. Фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство о смерти Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург Подпись _____

Руководитель медицинской организации
частнопрактикующий врач (подчеркнуть)

_____ Осипов Осип Осипович - зав. поликлиникой
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Печать

23. Свидетельство проверено врачом, ответственным за правильность заполнения медицинских свидетельств.

«___» _____ г.

_____ DevTeam
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Электронный вариант – «Новый документ» - «Справки» - «Медицинское свидетельство о смерти» [PR_sformDeathPFL]

Протокол установления смерти человека

Утверждена постановлением Правительства РФ №950 от 20.09.2012.

Утверждена
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 20 сентября 2012 г. N 950

ПРОТОКОЛ УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

Я, Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург,
Хирургия
констатирую смерть АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА
дата рождения 04.05.1990
пол Женщина
документ, удостоверяющий личность Паспорт гражданина России серия 44 44 № 444444
04.05.2007,
номер истории болезни (родов) 17,
номер подстанции _____ и наряда скорой медицинской помощи _____
номер карты вызова скорой медицинской помощи _____,
номер протокола органов дознания _____, наименование органа МВД _____
Реанимационные мероприятия прекращены по причине: неэффективность реанимационных
мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 мин
Реанимационные мероприятия не проводились по причине: _____

Дата 21.05.2013 Время 17:25:21

Подпись _____ ФИО Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Справки» - «Медицинское свидетельство о смерти» [PR_sformProtocolDeath]**

Врачебное профессионально-консультативное заключение / Форма №086/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014.

Главное ЛПУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
г. Петрозаводск, ул. Ленина, дом 1, корп 10
(адрес)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 086/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № _____ (врачебное профессионально-консультативное заключение)

1. Фамилия, имя, отчество: АБРАМОВ ДМИТРИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ
2. Дата рождения: число 10 месяц 12 год 1986
3. Место регистрации: ул. Д.
4. Место учебы, работы:
5. Перенесенные заболевания:
6. Профилактические прививки:

оборотная сторона ф. N 086/у

7. Объективные данные и состояние здоровья:
Врач-терапевт:
Врач-хирург:
Врач-невролог:
Врач-оториноларинголог:
Врач-офтальмолог:
Данные флюорографии:
Данные лабораторных исследований:
8. Заключение о профессиональной пригодности:
Дата выдачи справки: 01.10.2015

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку:

Подпись врача _____

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации:

Подпись _____

МП

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.

Электронный вариант – **«Новый документ» – «Справки» - «Врачебное профессионально-консультативное заключение» [PR_Spravki2]**

Медицинское заключение о повреждении здоровья при несчастном случае на производстве / Форма № 315/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №275 от 15.04.2005.

Приложение №1 к приказу МЗ и социального развития РФ от 15 апреля 2005 г. №275.
Медицинская документация.
Учетная форма №315/у.
Утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 15 апреля 2005 г. №275

**Медицинское заключение
о характере полученных повреждений здоровья в результате
несчастного случая на производстве и степени их тяжести**

Выдано Тестовая организация
о том, что пострадавший ТЕСТОВАЯ АННА ИВАНОВНА (06.06.1958) / возраст 51,
работающий в ООО Студия "Web-design / ДИЗАЙНЕР
поступил в Тестовые ЛПУ

Диагноз и код диагноза по МКБ-10 Ушиб грудной клетки, код - S20.2

Согласно Схеме определения степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве указанное повреждение относится к категории Тестовая категория

Зав. отделение
(или главный врач)

(подпись)

Лечащий врач

Павлов Павел Павлович - зав. хирургическим отделением

(подпись)

М.П.

Николаев Николай Николаевич - врач-хирург

Электронный вариант – **«Контроль качества медицинской помощи и КЭР» - «Медицинское заключение о повреждениях здоровья при несчастном случае на производстве» [SpravkaMZR]**

Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве / Форма № 316/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №275 от 15.04.2005.

Министерство здравоохранения и
социального развития Российской
Федерации
новой поликлинике
(наименование лечебно-профилактического
учреждения)
100001, Г. МОСКВА, УЛ.
ФРОЛОВА, Д. 10
(адрес)
ОГРН: 122227777771

Приложение №2 к приказу
Министерства здравоохранения и
социального развития РФ от 15 апреля
2005 г. №275.
Медицинская документация.
Учетная форма №316/у.
Утверждена приказом
Минздравсоцразвития России от 15
апреля 2005 г. №275

СПРАВКА
о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного
случая на производстве № 2

Дана ТРИФОНОВ ТРИФОН ТРИФОНОВИЧ (30.04.1985) / возраст 27
о том, что он(она) проходил(ла) лечение в: новой поликлинике **по поводу:**
Перелом второго шейного позвонка, код - S12.1

в период с по

работающий в Металлургический завод ОАО / Кузнечный ГЛАВНЫЙ МЕХАНИК
поступил в

Зав. отделением
(или главный врач)

(подпись)
Осипов Осип Осипович - зав. поликлиникой

Лечащий врач

(подпись)
Богданов Богдан Богданович - зав. травматологическим отделением

М.П.

Электронный вариант – **«Контроль качества медицинской помощи и КЭР» - «Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве» [PR_sformKERSpravPr]**

Извещение о пострадавшем от несчастного случая на производстве / Форма № 59-НСП/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №1045н от 30.12.2009.

ПОЛИКЛИНИКА №1
наименование учреждения
100001, Г. МОСКВА, УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10
адрес

Утверждена Приказом Минздравсоцразвития
России от 30 декабря 2009 г. №1045н

Представляется в государственную
инспекцию труда в субъекте
Российской Федерации по месту
нахождения медицинской
организации

Извещение о пострадавшем от несчастного случая на производстве,
обратившемся или доставленном в медицинскую организацию

1. Ф.И.О. пострадавшего: СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ
 2. Пол: Мужчина
 3. Дата рождения: 22.11.1977
 4. Способ обращения в медицинскую организацию: Доставлен машиной скорой помощи
 5. Место работы пострадавшего ООО "Стройматериалы"
 6. Дата обращения в медицинскую организацию 27.09.2012
 7. Время обращения в медицинскую организацию 15:26:00
 8. Дата происшедшего несчастного случая 27.09.2012
 9. Время происшедшего несчастного случая 12:00:00
 10. Диагноз при обращении Закрытый перелом 5 ребра справа код диагноза по МКБ-10 S22.30
 11. Краткая информация со слов пострадавшего об обстоятельствах несчастного случая: Упал со стремянки
- Дата заполнения извещения 27.09.2012

Электронный вариант – «Новый документ» - **«Контроль качества медицинской помощи и КЭР» - «Извещение о пострадавшем от несчастного случая на производстве» [PR_sformWorkTraumalzv]**

Медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина

Утверждена приказом Министерства обороны РФ №615 от 14.10.2015.

Угловой штамп
медицинской организации

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии здоровья гражданина № 5/22 / 4

СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

находился по направлению военного комиссара (начальника отдела военного комиссариата)
Республики Карелия

(наименование субъекта Российской Федерации)

от 08.02.2016 №22 на медицинском обследовании в стационарных условиях
в Тестовое ЛПУ

(наименование медицинской организации)

с 08.02.2016 по 15.02.2016

Жалобы:

на выраженные боли в верхней половине живота, тошноту, позывы на рвоту

Анамнез:

Заболел остро около 2 часов назад, когда появилась боль в эпигастрии, затем распространившаяся на верхнюю половину живота. Дважды была скудная рвота пищей. Заболевание связывает с употреблением пива. 2 года назад лечился в терапевтическом отделении по поводу острой язвы 12-перстной кишки. При эндоскопическом контроле язва зажила. Был взят на ДН, от противорецидивной терапии отказывался.

Данные объективного исследования:

Результаты диагностических исследований:

Флюорография легких (30.04.2008 - 10:00): Заключение. Без очаговых и инфильтративных изменений.

Рентгенография брюшной полости (23.04.2008 - 10:46): Заключение. Перфорация полого органа.

Иммуноферментный анализ крови (18.10.2011): ТТ3 общий трийодтиронин 3,2 нмоль/л (Н) (1,1-2,8).

Патологистологическое исследование (16.02.2011 - 12:42): Биохимический анализ крови (30.04.2008 - 02:57): глюкоза: 3,99 ммоль/л

Группа крови 0(I)ab, резус принадлежность положительная

Диагноз:

Основной: Синдром Дресслера

Сопутствующий: Варикозная болезнь. Варикозное расширение вен правой нижней конечности

Камни желчного пузыря с другим холециститом

Свинцовая подагра

Главный врач:

Осипов Осип Осипович -

Заместитель главного врача

Заведующий отделением:

Николаев Николай Николаевич -

Врач-хирург

Врач, проводивший

Петров П.П.

обследование:

Почтовый адрес медицинской организации: 185000, Республика Карелия, г.Петрозаводск, ул.Глины, д. 999

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Контроль качества медицинской помощи и КЭР» - «Медицинское заключение о состоянии здоровья гражданина» [PR_sformD2HealthConditionAct]**

Медицинская справка на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь / Форма № 079/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014.

Главное ЛПУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
Новый адрес
(адрес)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 079/у
Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

на ребенка, отъезжающего в санаторный оздоровительный лагерь

1. Фамилия, имя, отчество ребенка: ИМПЕРАТРИЦА МАРИНА ВИТАЛЬЕВНА
2. Пол: 1. Мужской 2. Женский 3. Дата рождения:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 0 | . | 0 | 3 | . | 1 | 9 | 9 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации
Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. 8 Марта д.1 кв.3
5. N школы: Предприятие Весна Класс:
6. Перенесенные детские инфекционные заболевания:
7. Проведенные профилактические прививки:
8. Состояние здоровья:
9. Физическое развитие: Высокое
10. Физкультурная группа: Основная
11. Рекомендуемый режим: Общий
12. Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника:

М.П.

" 7 " мая 2015 года

Оборотная сторона ф. N 079/у

Заполняется врачом санаторного оздоровительного лагеря

13. Состояние здоровья во время пребывания в санаторном оздоровительном лагере: _____

14. Перенесенные заболевания _____

15. Контакт с инфекционными больными _____

Эффективность оздоровления в санаторном оздоровительном лагере:

16. Общее состояние в динамике _____

17. Масса тела: при поступлении _____ при отъезде _____

18. Динамометрия _____

19. Спирометрия _____

20. Фамилия, инициалы и подпись врача санаторного оздоровительного лагеря _____

"__" _____ 20__ года

Справка подлежит возврату в детскую поликлинику.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Справки» - «Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь»**
[PR_sformPioneerCampSprav]

Направление на МСЭ / Форма № 088/у-06

Утверждена приказом МЗСР РФ №77 от 31.01.2007.

Медицинская документация
Форма № 088/У-06

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Тестовое ЛПУ 888888, РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ, ПЕТРОВСКИЙ Р-Н, Г. ИВАНОВСК, УЛ.
СИДОРОВА, Д. 22 Код ОГРН

(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

**НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

Дата выдачи « 28 » мая 2012 <*>

1. Фамилия, имя, отчество гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу (далее - гражданин):

БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ, возраст: 104

2. Дата рождения: 25.12.1907 3. Пол: мужской

4. Фамилия, имя, отчество законного представителя гражданина (заполняется при наличии законного представителя):

5. Адрес места жительства гражданина (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации): Ленинградская обл, Всеволожский р-н, г Всеволожск, ул. Антоновская д.854 корп.8 кв.89

6. Инвалидом не является, инвалид первой, второй, третьей группы, категория "ребенок-инвалид" (нужное подчеркнуть).

7. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: 0
(заполняется при повторном направлении)

8. Направляется первично (нужное подчеркнуть).

9. Кем работает на момент направления на медико-социальную экспертизу:

(указать должность, профессию, специальность,

квалификацию и стаж работы по указанной должности, профессии, специальности, квалификации; в отношении неработающих граждан сделать запись: "не работает")

10. Наименование и адрес организации, в которой работает гражданин:

11. Условия и характер выполняемого труда:

12. Основная профессия (специальность):

13. Квалификация по основной профессии (класс, разряд, категория, звание):

14. Наименование и адрес образовательного учреждения:

15. Группа, класс, курс (указываемое подчеркнуть):

16. Профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:

17. Наблюдается в организациях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, с ____ года.

18. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

(подробно описывается при первичном направлении; при повторном направлении отражается динамика за период между освидетельствованиями, детально описываются выявленные в этот период новые случаи заболеваний, приведших к стойким нарушениям функций организма)

19. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психо моторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, с опережением));

(заполняется при первичном направлении)
20. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 12 месяцев):

| N | Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности | Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности | Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности | Диагноз |
|---|--|---|--|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

21. Результаты проведенных мероприятий по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (заполняется при повторном направлении, указываются конкретные виды восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, санаторно-курортного лечения, технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, а также сроки, в которые они были предоставлены; перечисляются функции организма, которые удалось компенсировать или восстановить полностью или частично, либо делается отметка, что положительные результаты отсутствуют):

22. Состояние гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):

жалобы: на ноющую боль в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту

объективный статус: Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения. Умеренного (повышенного) избыточного питания. Кожа обычного цвета (субиктеричная). Пульс 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Печень не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Положительные симптомы Щёткина-Блюмберга, Ситковского, Воскресенского. Перистальтика ровная. Стул регулярный. Ректально - на высоте пальца на висания передней стенки кишки и болезненности нет, органической патологии нет.

23. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований): УЗИ - Эхокардиоскопия (07.10.2009): Полости сердца не расширены. Клапанный аппарат не изменен. Септальных дефектов не выявлено. Показатели центральной гемодинамики и сократимость миокарда ЛЖ удовлетворительные. Патологических потоков в полостях не выявлено. Легочной гипертензии нет.

УЗИ - Молочные железы (07.10.2009): 4564564

24. Масса тела (кг) 88,5 , рост (м) 1,76 , индекс массы тела 285705,06 .

25. Оценка физического развития: Нормальное .

26. Оценка психофизиологической выносливости: Норма .

27. Оценка эмоциональной устойчивости: Норма .

28. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

а) код основного заболевания по МКБ: I11.0

б) основное заболевание: Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной)

в) сопутствующие заболевания:

г) осложнения:

29. Клинический прогноз: **Благоприятный** (нужное подчеркнуть).
 30. Реабилитационный потенциал: **Высокий** (нужное подчеркнуть).
 31. Реабилитационный прогноз: **Благоприятный** (нужное подчеркнуть).
 32. Цель направления на медико-социальную экспертизу: **Для установления инвалидности**
 33. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации для формирования или коррекции индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания:

(указываются конкретные виды восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности), технических средств медицинской реабилитации, в том числе протезирования и ортезирования, заключение о санаторно-курортном лечении с предписанием профиля, кратности, срока и сезона рекомендуемого лечения, о нуждаемости в специальном медицинском уходе лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, о нуждаемости в лекарственных средствах для лечения последствий несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, другие виды медицинской реабилитации)

Председатель врачебной комиссии: _____ **Петров Пётр Петрович - врач-терапевт участковый**
 (13942) (подпись) (расшифровка подписи)

Член врачебной комиссии: _____ **Алексеев Алексей Алексеевич - врач-хирург**
 (подпись) (расшифровка подписи)
 _____ (расшифровка подписи)
 (подпись)
 _____ (расшифровка подписи)
 (подпись)
 _____ (расшифровка подписи)
 (подпись)
 _____ (расшифровка подписи)
 (подпись)
 _____ (расшифровка подписи)
 (подпись)

М.П.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Контроль качества медицинской помощи и КЭР» - «Направление на МСЭ» [PR_sformMsec]**

Обратный талон МСЭ / Форма № 088/у-06

Утверждена приказом МЗСР РФ №77 от 31.01.2007.

Тестовое ЛПУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
185000, Республика Карелия, г. Петрозаводск,
ул. Глинки, д. 999
(адрес)
ОГРН: 65445

Подлежит возврату в организацию,
оказывающую лечебно-профилактическую
помощь, выдавшую направление на
медико-социальную экспертизу

Обратный талон МСЭ

Главное бюро МСЭ, г. Петрозаводск, ул. Ленина, 175
(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы и его адрес)

1. Фамилия, имя, отчество гражданина: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1974),
адрес: Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Березовая, д.324, кв.588
2. Дата освидетельствования: 26.09.2016
3. Акт № 548 медико-социальной экспертизы
4. Диагноз федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:
а). Код основного заболевания по МКБ K86.2
б). Основное заболевание: Хронический панкреатит. Киста поджелудочной железы
в). Сопутствующие заболевания: Синдром Ганзера
Хронический салпингит и оофорит справа
Пупочная грыжа
г). Осложнения:
5. Виды нарушений функций организма и степень их выраженности (согласно классификациям утвержденным приказом Минздрава России от 22 августа 2005г. №535 (зарегистрирован в Минюсте России 13 сентября 2005 года № 6998)
- Нарушения психических функций (сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, функций речи, последовательных сложных движений) - 2 степень - умеренные нарушения
6. Ограничения основных категорий жизнедеятельности и степень их выраженности (согласно классификациям и критериям, утвержденным приказом индзравоооразвития России от 22 августа 2005 г. № 535):
способность контролировать свое поведение - 1 степень - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости, вспомогательных технических средств
7. Решение федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы:
- установлена инвалидность Второй группы
- причина инвалидности: причина инвалидности
- определена Вторая степень ограничения способности к трудовой деятельности;
- степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: 100 %
- Дата переосвидетельствования: 26.09.2017
Рекомендации по медицинской реабилитации: рекомендации динамическое наблюдение: динамическое наблюдение;
лекарственная терапия: лекарственная терапия;
немедикаментозная терапия: немедикаментозная терапия;
прочее: прочее;
реконструктивная хирургия: реконструктивная хирургия;
протезирование, ортезирование: протезирование;
Санаторно курортное лечение:
профиль: профиль;
кратность: кратность;
срок: срок;
сезон: сезон;
Специальный медицинский уход: специальный медицинский уход;
Рекомендации по профессиональной, социальной, психолого-педагогической реабилитации:
рекомендации
8. Причины отказа в установлении инвалидности: причины
9. Дата отправки обратного талона: 26.09.2016

Руководитель федерального
государственного учреждения
медико-социальной экспертизы _____

(подпись)

Иванов И.И.
(расшифровка подписи)

М.П.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Контроль качества медицинской помощи и КЭР» - «Обратный талон МСЭ»**
[PR_sformD2TalonMCE]

Справка учащегося / Форма № 095/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР
ПОЛИКЛИНИКА №1
(наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация
Форма № 095/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

Контрольный талон к справке № 2

Дата выдачи 28.05.2012

ХАРИТОНОВ ХАРИТОН ХАРИТОНОВИЧ

Фамилия, имя, отчество

Название учебного заведения, детского школьного учреждения

Контактная крапивница

Диагноз заболевания

Освобожден с 22.05.2012 по 28.05.2012
Освобождение продлено с _____ по _____

Фамилия врача, выдавшего справку **Семёнов Семён Семёнович -**
врач-педиатр участковый

Примечание. Контрольные талоны служат для учета выданных справок

Код формы по ОКУД _____
 Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
 СССР
ПОЛИКЛИНИКА №1
 (наименование медицинского учреждения)

Медицинская документация
 Форма № 095/у
 Утверждена Минздравом СССР
 04.10.80 г. № 1030

СПРАВКА

о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение.
 (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи 28.05.2012

Учащийся

Название учебного заведения, название дошкольного заведения

ХАРИТОНОВ ХАРИТОН ХАРИТОНОВИЧ

Фамилия, имя, отчество

12.07.1999

Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года - день)

Контактная крапивница

Диагноз заболевания

Наличие контакта с инфекционными больными

освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения

с 22.05.2012 по 28.05.2012

с _____ по _____

М. П.

Подпись врача _____

Электронный вариант – **«Новый документ» - Текстовые документы» - «Листок временной нетрудоспособности» (PR_sformD2TmpUnwork_095U)**

Справка для получения путёвки / Форма № 070/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014.

Главное ППУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
Новый адрес
(адрес)

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н
Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация
Форма № 070/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Справка № 22
для получения путевки на санаторно-курортное лечение *
« 07 » мая 2015 года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортную карту и не дает права на амбулаторно-курортное лечение

1. Фамилия, имя, отчество **ИМПЕРАТРИЦА МАРИНА ВИТАЛЬЕВНА**
2. Пол 1. Мужской 2. Женский 3. Дата рождения

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 0 | . | 0 | 3 | . | 1 | 9 | 9 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
4. Место регистрации: **Карелия Респ., г. Петрозаводск, ул. 8 Марта д.1 кв.3**
5. Идентификационный номер в системе ОМС
6. Субъект Российской Федерации

| |
|----|
| 10 |
|----|

 7. Ближайший субъект Российской Федерации

| |
|--|
| |
|--|

(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)
8. Климат в месте проживания

| |
|--|
| |
|--|

 9. Климатические факторы в месте проживания

| |
|--|
| |
|--|
10. Код льготы

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 11. Сопровождение **

| |
|--|
| |
|--|
12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер: _____ Серия: _____ Дата выдачи:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
13. СНИЛС

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 1 | - | 1 | 2 | 1 | - | 1 | 2 | 1 | 6 | 0 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях /№ медицинской карты стационарного больного **18275**
15. Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию Код по МКБ-10
16. Связано ли с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга: 1 - да, 2 - нет **2**
17. Заболевание, являющееся причиной инвалидности
18. Сопутствующие заболевания

Противопоказания для санаторно-курортного лечения отсутствуют

19. Рекомендуемое лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации 2. Амбулаторно

20. Предпочтительное место лечения

(указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

21. Рекомендуемые сезоны лечения:

- Зима Весна Лето Осень

22. Лечащий врач (врач-специалист) **Аллерголог Врач Иванович - Врач-аллерголог-иммунолог**

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) _____

М.П.

* Справка действительна в течение 12 месяцев

** Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и к детям-инвалидам.

070/y

| Код | Перечень климатов в месте проживания | Код | Перечень климатических факторов в месте проживания |
|-----|--------------------------------------|-----|--|
| 1 | Влажный субтропический | 1 | Горный |
| 2 | Континентальный умеренных широт | 2 | Климат полупустынь |
| 3 | Морской | 3 | Климат пустынь |
| 4 | Муссонный умеренных широт | 4 | Лесной |
| 5 | Переходный морской-континентальный | 5 | Лесостепной |
| 6 | Резко континентальный умеренный | 6 | Морской |
| 7 | Средиземноморский | 7 | Предгорный |
| 8 | Субарктический | 8 | Приморский |
| 9 | Сухой субтропический | 9 | Степной |

Код субъектов Российской Федерации

| Код | Субъект РФ | Код | Субъект РФ | Код | Субъект РФ |
|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------|-----|------------------------------|
| 01 | Республика Адыгея | 30 | Астраханская область | 59 | Пермский край |
| 02 | Республика Башкортостан | 31 | Белгородская область | 60 | Псковская область |
| 03 | Республика Бурятия | 32 | Брянская область | 61 | Ростовская область |
| 04 | Республика Алтай | 33 | Владимирская область | 62 | Рязанская область |
| 05 | Республика Дагестан | 34 | Волгоградская область | 63 | Самарская область |
| 06 | Республика Ингушетия | 35 | Вологодская область | 64 | Саратовская область |
| 07 | Кабардино-Балкарская республика | 36 | Воронежская область | 65 | Сахалинская область |
| 08 | Республика Калмыкия | 37 | Ивановская область | 66 | Свердловская область |
| 09 | Карачаево-Черкесская республика | 38 | Иркутская область | 67 | Смоленская область |
| 10 | Республика Карелия | 39 | Калининградская область | 68 | Тамбовская область |
| 11 | Республика Коми | 40 | Калужская область | 69 | Тверская область |
| 12 | Республика Марий Эл | 41 | Камчатский край | 70 | Томская область |
| 13 | Республика Мордовия | 42 | Кемеровская область | 71 | Тульская область |
| 14 | Республика Саха (Якутия) | 43 | Кировская область | 72 | Тюменская область |
| 15 | Республика Северная Осетия - Алания | 44 | Костромская область | 73 | Ульяновская область |
| 16 | Республика Татарстан | 45 | Курганская область | 74 | Челябинская область |
| 17 | Республика Тыва | 46 | Курская область | 75 | Забайкальский край |
| 18 | Удмуртская республика | 47 | Ленинградская область | 76 | Ярославская область |
| 19 | Республика Хакасия | 48 | Липецкая область | 77 | г. Москва |
| 20 | Чеченская республика | 49 | Магаданская область | 78 | г. Санкт-Петербург |
| 21 | Чувашская республика | 50 | Московская область | 79 | Еврейская автономная область |
| 22 | Алтайский край | 51 | Мурманская область | 80 | Ненецкий авт. округ |
| 23 | Краснодарский край | 52 | Нижегородская область | 81 | Республика Крым |
| 24 | Красноярский край | 53 | Новгородская область | 82 | г. Севастополь |
| 25 | Приморский край | 54 | Новосибирская область | 83 | Ханты-Мансийский авт. округ |
| 26 | Ставропольский край | 55 | Омская область | 84 | Чукотский авт. округ |
| 27 | Хабаровский край | 56 | Оренбургская область | 85 | Ямало-Ненецкий авт. округ |
| 28 | Амурская область | 57 | Орловская область | | |
| 29 | Архангельская область | 58 | Пензенская область | | |

| Код | Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг * | Код | Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг * |
|-----|--|-----|--|
| 01 | Инвалиды войны | 06 | Лица, работавшие в период ВОВ на объектах противовоздушной обороны (далее – ПВО), местной ПВО, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного |
| 02 | Участники Великой Отечественной войны (далее – ВОВ) | | |
| 03 | Ветераны боевых действий | | |

| | | | |
|----|--|----|--|
| | | | флота, интернированных в начале ВОВ в портах других государств |
| 04 | Военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее 6 месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период | 07 | Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в ВОВ лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной ПВО, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда |
| 05 | Лица награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда" | 08 | Инвалиды |
| | | 09 | Дети-инвалиды |

* Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 24, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607)

Электронный вариант – **«Справки» - «Справка для получения путевки»**
или команда **«Создать справку для получения путевки»** в документе
«Санаторно-курортная карта» [PRsformPutevka]

Санаторно-курортная карта / Форма № 072/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014.

Главное ЛПУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
Новый адрес
(адрес)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 072/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Санаторно-курортная карта №

« 07 » мая 2015 года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение.
Без настоящей карты путевка недействительна

1. Фамилия, имя, отчество пациента (ки) ИМПЕРАТРИЦА МАРИНА ВИТАЛЬЕВНА2. Пол 1. Мужской 2. Женский 3. Дата рождения 4. Место регистрации: субъект Российской Федерации
Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. 8 Марта д.1 кв.35. Идентификационный номер в системе ОМС ООО СК ИНТЕРМЕДСЕРВИС-СИБИРЬ (Алтайский край) - 123123123 /

Для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг:

6. Субъект Российской Федерации 7. Ближайший субъект Российской Федерации

(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)

8. Климат в месте проживания 9. Климатические факторы в месте проживания 10. Код льготы 11. Сопровождение **

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг

Номер: _____ Серия: _____ Дата выдачи 13. СНИЛС 14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

7. Проведено лечение _____

 (виды лечения, количество процедур, их переносимость)

8. Эпикриз (включая данные обследования)

9. Результаты лечения: значительное улучшение без перемен ухудшение
 улучшение

10. Наличие обострений, потребовавших отмену процедур: 1. 2. Нет
 Да

11. Рекомендации по дальнейшему лечению:

12. Лечащий врач _____
 (подпись)

13. Главный врач санаторно-курортной организации: _____
 (подпись) М.П.

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Текстовые документы» - «Санаторно-курортная карта» [PR_sformSanKurKarta]**

Санаторно-курортная карта для детей Форма №076/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №834н от 15.12.2014.

Главное ЛПУ
(наименование лечебно-профилактического учреждения)
г. Петрозаводск, ул. Ленина, дом 1, корп 10
(адрес)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 076/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Санаторно-курортная карта для детей №

« 01 » октября 2015 года

Выдается при предъявлении путевки на санаторно-курортное лечение.
Без настоящей карты путевка недействительна

1. Фамилия, имя, отчество ребенка АБРАМОВ ИГОРЬ _

2. Пол 1 Мужской 2 Женский 3. Дата рождения 0 4 . 0 4 . 2 0 0 5

4. Место регистрации: субъект Российской Федерации

5. Идентификационный номер в системе ОМС ДМС_Комплексная №1 -

Для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг.

6. Субъект Российской Федерации 7. Ближайший субъект Российской Федерации
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)8. Климат в месте проживания 9. Климатические факторы в месте проживания 10. Код льготы 11. Сопровождение *
(отметить сим воллом "V" при необходимости сопровождения)

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг

Номер: Серия: Дата выдачи . . 13. СНИЛС

14. № истории развития ребенка 2471

15. Образовательная организация не организованный

16. Место работы матери (отца) ,

17. Анамнез жизни ребенка

18. Наследственность

19. Профилактические прививки

20. Жалобы в настоящее время

21. Данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)

22. Диагноз:

22.1 Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий

22.2 Основное заболевание или заболевание являющееся причиной инвалидности

22.3 Сопутствующие заболевания

Коды МКБ-10

A01.1

Заключение

23. Название санаторно-курортной организации _____

24. Лечение:

1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации

2. Амбулаторно

25. Продолжительность курса:

(дней)

26. Путевка №

27. Фамилия, имя, отчество лица, заполнившего карту

Сергеевна М. М.

28. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии)

*

М.П.

* для лиц имеющих право на получение набора социальных услуг

Карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, фамилий, подписей, наличие печати.
Срок действия Карты 12 месяцев.

Выписка из медицинской карты / Форма № 027/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Тестовое ЛПУ
Идентификационное учреждение

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
форма № 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного (подчеркнуть) больного

1. Фамилия, имя и отчество больного **ДЛЯТЕСТОВ ВИКТОР АЛЕКСАНДРОВИЧ**
4. Место работы и род занятий **НОД 4- / ВОДИТЕЛЬ ПО ГРУЗЧИКА**
5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____
направляется в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
выбытия _____
6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)
Основной диагноз: Двухсторонние прямые паховые грыжи. Операция 04.04.2007г
7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

История заболевания: 04.04.2007г плановая двухсторонняя герниопластика по поводу паховых грыж.
История жизни: Туберкулез, вирусный гепатит, ЭППП отрицает. Травматический перелом левой плечевой кости. Оперирован - металлоостеосинтез? левого плеча. Другие травмы, операции отрицает. Гемотранфузии не выполнялись.
Аллергологический анамнез без особенностей. 04.04.2007г плановая двухсторонняя герниопластика по поводу паховых грыж.

Флюорография грудной клетки флюорография легких (12.03.2007): Заключение. Без очаговых и инфильтративных изменений.
ЭКГ ЭКГ (22.03.2007): АД 125/80. Ритм синусовый. Частота 64. PQ 0,15. QRS 0,09. QT 0,37-0,39. Заключение Синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин.
Вертикальное положение электрической оси сердца.
Синдром преждевременной реполяризации.
ЭКГ без динамики от 15.11.06 г.
Лабораторные исследования Биохимический анализ крови (22.03.2007): общий белок: 72,3 г/л, мочевины: 2,9 ммоль/л, креатинин: 82,3 мкмоль/л, глюкоза: 3,8 ммоль/л, холестерин: 5,2 ммоль/л, HDL-холестерин: 1,9 ммоль/л, LDL-холестерин: 3,04 ммоль/л, коэф. атерогенности: 1,73, триглицериды: 0,56 ммоль/л, общий билирубин: 9,2 мкмоль/л, прямой билирубин: 1,1 мкмоль/л, непрямо билирубин: 8,1 Е/л, АЛТ: 17,1 Е/л, АСТ: 21,5 Е/л, альфа-амилаза: 205 Е/л, щелочная фосфатаза: 165 Е/л, калий: 4,6 ммоль/л, натрий: 143 ммоль/л, кальций ионизированный: 1,08 ммоль/л
Клинический анализ крови (19.12.2007): средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците: 12 г/л, анизоцитоз (макроциты, микроциты, мегалоциты): 0 %, миелоциты: 455 %, метамиелоциты: 65656 %, плазматические клетки: 0 %, атипичные мононуклеары: 0, пойкилоцитоз: 0, эритроциты с базофильной зернистостью: 0, полихроматофилия: 0, тельца Жолли, кольца Каботта: 0, эритро-нормобласты (на 100 лейкоцитов): 0, мегалобласты: 0, гиперсегментация ядер: 0, токсогенная зернистость: 0
Анализ крови на глюкозу (14.03.2006): Спонтанное определение глюкозы 6,5 ммоль/л.
Показатели гемостаза (22.03.2007): протромбиновый индекс 101 %, фибриноген 3 г/л.
Анализ мочи (18.07.2003): количество: 1,0, эпителий плоский: значит. кол., эпителий цилиндрический: 0-0-1, запах: -, характер: слизистый, консистенция: жидкая, цвет: прозрачный, деление на слои: -, альвеолярные клетки: 0-1-2, лейкоциты: 10-20, эритроциты: 0-1-3, спиральи Куршмана: -, Кр. Шарко-Лейдена: -, эластичность волокна: -, коралловидные: -, обызвествленные: -, микобактерии туберкулеза на ВК: 1-я порция не обнаруж., грибки: обнаруж. дрожжевые кл.

Дерматолог-венеролог кожа чистая, без высыпаний.
Отметки о вакцинациях Вакцинация - АДСм (22.03.1992), серия 203- 10
Вторая вакцинация - АДСм (10.10.1997), серия 417- 3
1-я ревакцинация - АДС (21.12.1998), серия 477- 9
Вакцинация - Грипп (15.10.2005), серия 14-0805

Электронный вариант – «Новый документ» - «Выписки и эпикризы» -
«Выписка из амбулаторной карты» [PR_ВурыскаАК]

Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты/ Форма № 028/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения СССР
ПОЛИКЛИНИКА №1
100001, Г. МОСКВА, УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10

Медицинская документация
форма № 028/у
утверждена Минздравом СССР
Минздравсоцразвития России
от 04.10.1980 №1030

Направление
на консультацию и во вспомогательные кабинеты

Фамилия, имя, отчество: АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА

Диагноз: Эндокринное расстройство не уточненное

Направлен: Санаторий Нефтяник

Для:

Подпись _____ 07.10.2012

Электронный вариант – **«Новый документ»** - **«Направления»** - **«Направление»** [PRsformD2Naprvlen]

Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию / Форма №057/у-04

Утверждена приказом МЗСР РФ №255 от 22.11.2004.

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
ПОЛИКЛИНИКА №1
100001, Г. МОСКВА, УЛ. ФРОЛОВА, Д. 10

Медицинская документация
Форма № 057/У-04
утверждена приказом
Минздрава России
от 22.11.2004 №255

Код ОГРН: 122227777771

Направление
на госпитализацию

Наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент: **Областная больница**
Страховая компания: **Альфа-Гарант/ТФОМС Приморского края//110502**
Номер страхового полиса ОМС: **3164 794613 /52**
Код льготы:
Фамилия, имя, отчество: **ПРОКОПЬЕВ ПРОКОПИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ**
Дата рождения: **27.02.1988**
Адрес постоянного места жительства: **Мордовия Респ, Рузаевский р-н, г Рузаевка, ул. Дмитрова д.111 кв. 222**
Место работы, должность: **Отделение железной дороги / Вагонное депо, КЛАДОВЩИК ГСМ**
Код диагноза по МКБ: **J06.0**

Цель направления: **Лечение - необходимость круглосуточного наблюдения и лечения**
Обоснование направления:

Должность медицинского работника, направившего больного: **Врач-терапевт участковый**
ФИО: **Петров Пётр Петрович - врач-терапевт участковый** Подпись _____

Заведующий отделением: **Осипов Осип Осипович - зав. поликлиникой** Подпись _____
Дата направления: **13.04.2012**

М.П.

Печать - 31.05.2012 13:04:55 - DocType

Электронный вариант – **«Новый документ» - «Направления» - «Направление» [PRsformD2Napravlen]**

Карта профилактических флюорографических исследований / Форма № 052/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
СССР

Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма N 052/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

КАРТА профилактических флюорографических обследований, заведена 24.12.2014

число, месяц, год

Длительно не обследовался флюорографически (рентгенологически) 0 лет.

Фамилия, имя, отчество ПЕТРОВ АНДРЕЙ АНДРЕЕВИЧ
Год рождения 1976
Профессия
Адрес (домашний)
Место работы

Пол: Мужчина
Наличиеотягщающиххроническихзаболеваний(вписать) (1)
Обязательный контингент (2)
Другое организованное население:
Работающие (3)
В т.ч. работники мелких предпр. (4)
Учащиеся (5)
Неорганизованное население (подчеркнуть) (6)

| Дата флюорографии | Дата флюорограммы | Результаты оценки флюорограммы | | | | | | | | Заключение по флюорограмме |
|-------------------|-------------------|--------------------------------|-------------|---------------|-----------------------|---------------|-------------|---------------|-----------------------|---|
| | | I чтение | | | | II чтение | | | | |
| | | вид патологии | локализация | подпись врача | контр. дообследования | вид патологии | локализация | подпись врача | контр. дообследования | |
| 13.08.2013 | 13.08.2013 | | | DevTeam | | | | | | В лёгких без очаговых и инфильтративных изменений |
| 13.12.2014 | 13.12.2014 | | | DevTeam | 20.12.2014 | | | | | |
| 19.12.2014 | 19.12.2014 | | | DevTeam | | | | | | Эмфизема лёгких. Легочная гипертензия. Легочное сердце. |

| Дата рентгенологического дообследования | Метод рентгенологического дообследования | Рентгенологический диагноз | Заключительный клинко-рентгенологический диагноз |
|---|--|----------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Электронный вариант – «Лист лучевой нагрузки» - «Печать формы № 052/у»

Направление на химико-токсикологические исследования/ Форма № 452/у-06

Министерство
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
Тестовое "ЛПУ"

(наименование медицинской организации)

Медицинская
документация
Учетная форма
№ 452/у-06

Направление на химико-токсикологические исследования

« 18 » мая 2017 г.

№

В

(наименование химико-токсикологической лаборатории — ХТЛ)

Тестовое "ЛПУ"

(наименование медицинской организации и его структурного подразделения, выдавшего направление)

ТЕСТОВА МАРИЯ НИКОЛАЕВНА, 2 лет (года)

(фамилия, имя, отчество освидетельствуемого, возраст)

Код
биологического
объекта

Дата и время
отбора объекта

Условия
хранения
объектов

Биологический объект и его
количество и показатели

Предварительный клинический диагноз

Цель химико-
токсикологических
исследований

(на обнаружение какого вещества (средства))

или группы веществ (средств) требуется провести исследования)

Дополнительные сведения _____

Дата и время отправки биологических объектов в ХТЛ _____

Ф.И.О. врача (фельдшера), выдавшего направление Филимонов Иван Петрович - Фельдшер скорой медицинской помощи _____

(подпись)

Электронный вариант – «Первичная документация» - «Паспортные данные» - «Печать» - «Печать направления на химико-токсикологические исследования»

Справка на доступ к наркотическим средствам (988н)

Наименование медицинской организации
Тестовое "ЛПУ"

Справка
об отсутствии у работников, которые в соответствии
со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ
к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным
в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств,
психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю
в Российской Федерации, прекурсоров или культивируемым
наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией,
токсикоманией, хроническим алкоголизмом

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ
2. Число, месяц и год рождения 07.04.1990
3. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) Карелия Респ. г Петрозаводск
4. Заключение: выявлено отсутствие заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом.
5. Дата выдачи 18.07.2017
6. Инициалы, фамилия, подпись и личная печать врача-специалиста, проводившего медицинское обследование Дорофеев Д.Д.

Печать медицинской организации

Электронный вариант - «Справки» - «Справка на доступ к наркотическим средствам (988н)» [PR_SpravkiNark]

Медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (Заключение по приказу 39н)

ООО Клиника Луиза
наименование медицинской
организации

Заключение,
выдаваемое по результатам прохождения работниками транспортной безопасности ежегодного
медицинского осмотра, предусмотренного статьей 12.3 Федерального закона от 9 февраля 2007 г. N 16-ФЗ "О
транспортной безопасности", включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в
организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов
18.07.2017
(дата выдачи)

ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ

(фамилия, имя, отчество (при наличии) работника)
07.04.1990

(дата рождения работника: число, месяц, год)
мужской

(пол)
БУХГАЛТЕР

(профессия, должность работника)
Тестовый работодатель

(наименование работодателя)
Управление наземными транспортными средствами: категории «А»

(наименование вида работы, осуществляемой работником)

Наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты по результатам ежегодного
медицинского осмотра не выявлены (выявлены).

М.П.

Руководитель
медицинской организации

(подпись) / Багрова Н.И.

(расшифровка)

Электронный вариант - **«Справки» - «Заключение по приказу 39н»**
[PR_SpravkiOsmotr]

Статистические учетные документы

Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях / Форма № 025-1/у

Утверждена приказом МЗ РФ №834н от 15.12.2014

Наименование медицинской организации
Тестовое ППУ
Адрес медицинской организации
г. Петрозаводск, ул. Ленина, дом 1, корт 10

Медицинская документация
Учетная форма № 025-1/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, №

| | |
|--|--|
| 1. Дата открытия талона: число 01 месяц 10 год 2015 2. Код категории льготы _____ 3. Действует до _____ | |
| 4. Страховой полис ОМС: серия _____ № _____ 5. СМО _____ | |
| 6. СНИЛС _____ | |
| 7. Фамилия АБРАМОВА 8. Имя ТАМАРА 9. Отчество ПЕТРОВНА 10. Пол: муж. - 1, жен. - 2 | |
| 11. Дата рождения: число 27 месяц 01 год 1934 9. Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____ | |
| 12. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ | |
| Неизвестный населенный пункт _____ улица Не указана дом _____ квартира _____ телефон _____ | |
| 13. Местность: городская - 1, сельская - 2 | |
| 13. Местность: городская - 1, сельская - 2 | |
| 14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2, пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6 | |
| 15. Место работы, должность (для детей: дошкольник; организован, неорганизован; школьник) | |
| 16. Инвалидность: установлена впервые - 1, повторно - 2 17. Группа инвалидности: I - 1, II - 2, III - 3 18. Инвалид с детства: да - 1, нет - 2 | |
| 19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь - 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь - 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь - 3, паллиативная медицинская помощь - 4 | |
| 20. Место обращения (посещения): Поликлиника - 1 | |
| 21. Посещения: Лечебно-диагностический - 1 | |
| 22. Обращения (цель): по заболеванию (коды А00 - Т98) - 1, с профилактической целью (коды Z00 - Z99) - 2 | |
| 23. Обращение (законченный случай лечения): да - 1; нет - 2 да - 1; нет - 2 24. Обращение: первичное - 1, повторное - 2 | |
| 25. Результат обращения: выздоровление - 1, без изменения - 2, улучшение - 3, ухудшение - 4, летальный исход - 5, дано направление: на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7, в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10, на санаторно-курортное лечение - 11 | |
| 26. Оплата за счет: ОМС - 1, бюджета - 2, личных средств - 3; ДМС - 4; иных источников, разрешенных законодательством - 5 | |
| 27. Даты посещений (число, месяц, год) | |

Электронный вариант – «Текстовые документы» - «Талон амбулаторного пациента» [ShowF025_12_U_ROgFv2]

Статистическая карта выбывшего из стационара / Форма № 066/у-02

Утверждена приказом Минздрава РФ №413 от 30.12.2002

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Приложение №5
к приказу Минздрава России от 30.12.2002 № 413
Медицинская документация
Форма № 066/у-02
Утверждена приказом Минздрава РФ от 30.12.2002 № 413Как бы ЛПУ

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА
круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении,
дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому
№ медицинской карты 39

1. Код пациента _____ 2. Ф.И.О. ТЕСТ ИВАН АДРЕЕВИЧ (01.01.1997)
3. Пол: Муж.-1 4. Дата рождения 01.01.1997
5. Документ, удостов. личность: название, серия, номер
Информация о родственниках: родственников нет
6. Адрес: регистрация по месту жительства МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл, г КОЛПИНО, . ОКТ. ШОССЕ д.12 кв.16
Фактически проживает: МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл, г КОЛПИНО, . ОКТ. ШОССЕ д.12 кв.16
7. Код территории проживания: _____ Житель: 1 - город
8. Страховой полис (серия, номер) ОМС :332 213 /21, выдан: кем Петромед, дата окончания срока действия , Код терр.: _____
9. Вид оплаты:ОМС - 1 Плательщик - Петромед
10. Социальный статус:
Место работы - БАНК"ВТБ" - Не указано / АДМИНИСТРАТОР Код _____
11. Категория льготы: Участники и ликвидаторы аварии на ЧАЭС (код льготы - 010)
инвалид ВОВ - 1; участник ВОВ - 2; воин - интернационалист - 3; лицо, подвергшееся радиационному облучению - 4; в т.ч. в Чернобыле - 5; инв. I гр. - 6; инв. II гр. - 7; инв. III гр. - 8; ребенок - инвалид - 9; инвалид с детства - 10; прочие - 11.
12. Кем направлен Областная больница / Нейрохирургическое отделение - Алексеев Алексей Алексеевич - врач-хирург N напр. _____ Дата: _____
13. Кем доставлен Самостоятельно Код _____ Номер наряда _____
14. Диагноз направившего учреждения
15. Диагноз приемного отделения Другие функциональные нарушения после операций на сердце
16. Доставлен в состоянии опьянения:
17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году: 1 - первично 3 - по экстренным показаниям
18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы): госпитализирован в плановом порядке часов после начала заболевания (травмы)
19. Травма: Прочая (10)
20. Дата поступления в приемное отделение: 13.07.2009 Время 13:06:11.
Подпись врача приемного отделения _____ Код _____
21. Название отделения Отделение общей хирургии Дата поступления 13.07.2009 Время 13:06:11.
профиль койки - Сердечно-сосудистый
22. Дата выписки (смерти): 19.07.2009 Время 00:00:00
23. Продолжительность госпитализации (койко - дней): 6
24. Исход госпитализации: Выписан с улучшением (02)
выписан - 1; в т.ч. в дневной стационар - 2; в круглосуточный стационар - 3; переведен в другой стационар - 4;
- 24.1. Результат госпитализации: выздоровление - 1; улучшение - 2; без перемен - 3; ухудшение - 4; здоров - 5; умер - 6.
25. Листок нетрудоспособности: открыт 10.07.2009 закрыт: 19.07.2009
- 25.1. По уходу за больным Полных лет: __ __ Пол: муж 1 жен 2

<*> Идентификационный номер пациента или иной, принятый в ЛПУ.

<*> Определение состояния опьянения осуществляется в соответствии с порядком, установленным Минздравом России.

26. Движение пациента по отделениям:

| № | Код отделения | Профиль коек | Код врача | Дата поступления | Дата выписки, перевода <***> | Код диагноза по МКБ | Код медицинского стандарта <*> | Код прерванного случая <***> | Вид оплаты |
|---|---------------|---------------|-----------|------------------------|------------------------------|---------------------|--------------------------------|------------------------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | 132 | Хирургический | 12562 | 22.04.2008 23:00:00 | | K26.5 | | | ОМС |

<*> Проставляется в случае утверждения в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.

<***> Заполняется при использовании в системе оплаты.

<****> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах.

27. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование спец. аппаратуры):

| № п/п | Дата, час | Код хирурга | Код отделения | Осн опция | Операция наименование | код | Осложнение наименование | код | Анестезия | ЭНД | Лазер | Криог |
|-------|--------------------------------|-------------|---------------|-----------|---|----------------------------|------------------------------|-----|--|-----|-------|-------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | 08.04.2015 13:02 - 15:00 | 35964 | 132 | да | Ушивание хронической перфоративной язвы 12-перстной кишки | A16.16.021 / A16.16.021 | Панкреатит послеоперационный | 65 | Эндотрахеальный наркоз (общая - 1), Леонидов Леонидович - Врач-анестезиолог-реаниматолог | | | |

<*> Анестезия: общая - 1, местная - 2.

28. Обследован:

| | |
|------|--------|
| V | [] |
| RW 1 | AIDS 2 |

29. Диагноз стационара (при выписке):

| | Основное заболевание | Код МКБ | Осложнение | Код МКБ | Сопутствующее заболевание | Код МКБ |
|----------------------------|--|---------|------------|---------|--|-------------------------|
| Клинический заключительный | Язвенная болезнь, обострение. Перфоративная язва 12-перстной кишки | K26.5 | | | Варикозная болезнь. Варикозное расширение вен правой нижней конечности. Камни желчного пузыря с другим холециститом. Свинцовая подагра | I83.9 K80.1 M10.1 |
| Патолого-анатомический | | | | | Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда | I21.4 |

30. В случае смерти указать основную причину Другой шигеллез код по МКБ: A03.8

31. Дефекты догоспитального этапа:

Подпись лечащего врача _____

Подпись заведующего отделением _____

Печать: 04.05.2016 17:43:24 - DevTeam

Электронный вариант – «Текстовая документация» - «Карта выбывшего из стационара» [PR_STACK]

Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара/ Форма № 066-1/у-02

Утверждена приказом Минздрава РФ №420 от 31.12.2002

| | |
|--|--|
| МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <u>Тестовое ЛПУ</u> (наименование учреждения) | Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____ Медицинская документация - форма № 066-1/у-02 Утверждена Минздравом России от 31.12.02 № 420 |
|--|--|

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара

Фамилия И.О. НИКОЛАЕВ НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ

| | | |
|---|--|--|
| 1. Пол: муж - 1 2. Житель: города - 1 3. Код места жительства по ОКATO _____ 4. Дата рождения: 12.07.1985 5. Виды оплаты: ОМС - 1 6. Название страховой компании ГОРНО-АЛТАЙСКИЙ ФИЛИАЛ ОАО СМО СИБИРЬ (Республика Алтай) страховой полис: серия, номер 944 49363 /058 7. Номер стат карты 27 8. Медицинская карта стац. б-го № _____ 9. Отделение № _____ 10. Дата поступления 19.04.2013 11. Дата выбытия 15.05.2013 12. Дата открытия больничного листа 10.04.2013 13. Дата закрытия больничного листа 15.05.2013 14. Госпитализирован повторно - 2 15. Поступление первичное в данный стац - 1 | 16. Кем направлен Наркологический диспансер 17. Порядок поступления недобровольное, в соотв. со ст. 29 18. Решение судьи по ст. 35 получено 19. Откуда поступил из дома 20. Цель направления принудительное лечение 21. Диагноз направившего учреждения Умственная отсталость легкой степени с другими нарушениями поведения, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией (F70.81) | 22. Заключительный диагноз Острая каннабиноидная интоксикация с травмой (F12.01) 23. Инвалидность при выписке III группа инвалидности 24. Обследование больного на ВИЧ ВИЧ не выявлен 25. Выбыл Умер - 1 26. Смерть наступила 11 27. Основная причина смерти Остр. интоксикация др. стимуляторами с судорогами (F15.06) |
|---|--|--|

Заполняется на больного, находящегося на принудительном лечении в данном стационаре

28. Отметки о начале, окончании и изменении вида принудительного лечения

| Решение суда о начале принудительного лечения | | Решение суда об изменении вида (продлении) принудительного лечения | | | | | | Решение суда об окончании принудительного лечения |
|---|------|--|------|------|------|------|------|---|
| Дата | Вид* | Дата | Вид* | Дата | Вид* | Дата | Вид* | Дата |
| | | | | | | | | X |
| X | | | | | | | | X |
| X | | | | | | | | |

*) Виды принудительного лечения: амбулаторное - 1; в психиатрическом стационаре: общего типа - 2; специализированного типа - 3; специализированного типа с интенсивным наблюдением - 4

| | |
|---|--|
| 29. В случае окончания принудительного лечения: | Дата окончания принудительного лечения |
| остался на допечивании в данном стационаре | 15.05.2013 |

Дополнительные сведения о больном

| | | |
|--|--|--|
| 31. Дата начала заболевания 10.04.2013 | 38. Сопутствующее психическое (наркологическое) заболевание Психотическое биполярное расстройство в связи со смешанными заболеваниями (F06.318) | 44. Учится: нет - 2 |
| 32. Дата обращения к психиатру 11.04.2013 | 39. Сопутствующее соматическое заболевание Синдром Мак-Леода (J43.0) | 45. Источник средств существования: работа; прочие |
| 33. Ранее находился на принудительном лечении, число раз 1 | 40. Инвалидность по общему заболеванию: не инвалид - 5 | 46. Проживает: один |
| 34. Вид амбулаторного наблюдения: консультативно-лечебная помощь | 41. Инвалид ВОВ: нет - 2 | 47. Условия проживания: отдельная квартира |
| 35. Дата предыдущей выписки из психиатр. или наркологич. стац. 05.09.2012 | 42. Участник ВОВ: нет - 2 | 48. Исход заболевания: Умер - 105 |
| 36. Число дней работы в ЛТМ 235 дней | 43. Образование: Незаконченное высшее | |
| 37. Число дней лечебных отпусков (за период госпитализации) 152 дней 5 отпусков | | |

Сведения об употреблении психоактивных веществ

49. Возраст начала употребления психоактивного вещества:

| Наименование психоактивного вещества | Число полных лет | | | |
|--------------------------------------|------------------|--------------|-------------|--------|
| | курение | прием внутрь | внутривенно | прочее |
| Гашиш | 15 | 17 | 19 | |
| Героин | 20 | 22 | 25 | |
| Кокаин | | 25 | | 26 |

50. Употребление психоактивных веществ на момент госпитализации:

| Вид вещества | Наименование психоактивного вещества | Употребление | | | |
|-----------------|--------------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------|
| | | курение | прием внутрь | внутривенно | прочее |
| Основное | Героин | + | + | + | + |
| Последующее (1) | Гашиш | + | + | + | + |
| Последующее (2) | Кокаин | + | + | + | + |

51. Использование чужих шприцов, игл, приспособлений в течении последнего года: да

52. Проживание с потребителем психоактивных веществ: да

53. Полученный объем наркологической помощи в данном учреждении: детоксикация, долгосрочная медикаментозная терапия, реабилитация

Подпись лечащего врача _____

Инициалы лечащего врача: _____

Электронный вариант – «Текстовая документация» - «Карта выбывшего из стационара» [PR_STACK_PsychInsert]

Паспорт врачебного участка/ Форма № 030-П/у

Утверждена приказом МЗСР РФ №255 от 22.11.2004

| <p>Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации</p> <p>_____</p> <p>(наименование медицинского учреждения)</p> <p>_____</p> <p>(адрес)</p> <p>Код ОГРН <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/></p> | <p>Приложение 6 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255</p> <p>Медицинская документация Форма № 030-П/у _____ утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255</p> | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|-----------------------------|-------|----------------------|--------------------------|---------------|-------------------------|-------------|---------|-----------------|
| <p>ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НАПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ</p> <p>за период с 01.01.1900 по 31.12.2013</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>Ф.И.О. врача _____</p> <p>Должность _____</p> <p>№ участка _____</p> | <p>Ежеквартальная (по состоянию на 1 число следующего за отчетным кварталом месяца)</p> | | | | | | | | | | |
| Сведения участкового врача (ВОП) | | | | | | | | | | | |
| № п/п | Ф.И.О. пациента | Дата рождения | Номер страхового полиса ОМС | СНИЛС | Код категории льготы | Наименование заболевания | Код по МКБ-10 | Дата постановки на учет | Дата снятия | Причина | Число посещений |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | ЗУБРЮК АЛАЛА ПАЛАЛ (13.01.2009) | 13.01.2009 | 86 565656 | | | | | 10.02.2012 16:47:04 | 01.01.1990 | | 0 |
| 2 | МАТВЕЕВ МАТВЕЙ МАТВЕЕВИЧ (16.03.2012) | 16.03.2012 | 645 4651 | | | | | 16.03.2012 19:43:18 | 01.01.1990 | | 0 |
| 3 | ПЕТРОВ АНДРЕЙ АНДРЕЕВИЧ (22.03.1978) | 22.03.1978 | 45454545454 | | | | | 08.11.2012 11:56:38 | 01.01.1990 | | 0 |

Продолжение

| № п/п | Сведения ОМК | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|----|---|--|---|--------------------------|----|--|
| | Лекарственное обеспечение | | | Стоимость лекарственного обеспечения | Санаторно-курортное и восстановительное лечение | | | |
| | выписано | | Фактически получено (наименование Л, дозировка) | | Выдано: | | | Возвращено обратных талонов санаторно-курортных карт |
| Наименование ЛС, дозировка | № и серия рецепта | | | Справок на санаторно-курортное лечение | из них на амбулаторно-курортное лечение | санаторно-курортных карт | | |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
| 1 | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2 | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 3 | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Электронный вариант – программа «Статистика»

Журналы

Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации / Форма №001/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
СССР
Детская поликлиника
наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 001/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат 01.01.2007 г.

Окончен 23.05.2012 г.

| № п/п | Поступление дата час | ФИО | Дата рождения | Место жительства, номер телефона | Направившее учреждение | Отделение | № истории болезни | Диагноз направившего учреждения | Выписан, переведен, умер | Оповещение родственников | Не госпитализирован (причины) | Отказ первичный (вторичный) | Примечания |
|-------|----------------------|---------------------------------|---------------|--|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------|
| 1 | 08.11.2007 15:31 | ТЕСТОВАЯ МАРЬЯ ИВАНОВНА | 01.01.2006 | БОКСИТОГОРСК ул. АРХИПОВА д.1 кв.1 | | Травматологическое отделение | 878 | | | | | | |
| 2 | 12.11.2007 12:02 | ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ | 05.01.1978 | КАРЕЛИЯ КАРЕЛИЯ КАРЕЛИЯ КОНДОПОГА . БАЛТИЙСКАЯ д.1 | РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА | Хирургическое отделение | 59 | | | | | | |
| 3 | 22.11.2007 21:41 | СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ | 22.11.1977 | Карелия Респ, Прионежский р-н, п.Пай, ул. Крылова д. 396 кв. 449 | Военкомат | Хирургическое отделение | 138 | Ущемлённая пулочная грыжа K42.0 | | | | | |
| 4 | 20.03.2008 20:08 | БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ | 25.12.1907 | ВСЕВОЛОЖСК ул. ГОГОЛЯ д.58 кв.22 | | Хирургическое отделение | 12121 | | | | | | |
| 5 | 23.04.2008 21:30 | СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ | 22.11.1977 | Карелия Респ, Прионежский р-н, п.Пай, ул. Крылова д. 396 кв. 449 | Участковая больница | Хирургическое отделение | 4 | Прободная язва желудка? | Умер | | Умер | | |
| 6 | 20.07.2008 16:06 | ТЕСТОВАЯ ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА | 27.11.1958 | МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл, г | | Травматологическое | | | Умер | | Умер | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------------------------------------|------------|---|--------------------------------|---|------|---|---|--|---|--|--|
| | | | | ул. Без названия д.58 кв.22 | | | | | | | | | |
| 17 | 06.08.2009 15:35 | ЗУБРИК АЛАЛА ЛАЛАЛ | 13.01.2009 | Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Белинского д.2 кв. 6 | | Гинекологическое отделение | 87 | | Умер | | Отказано врачом приемного покая | | |
| 18 | 07.08.2009 13:43 | КУЗНЕЦОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА | 31.12.1947 | МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ обл, г НОВО- ДЕВЯТКИНО, . ВТОРАЯ КРАСНОАРМЕЙС КАЯ д.22 кв.11 | | Отделение челюстно- лицевой хирургии | | | Отказано врачом приемного покая | | Отказано врачом приемного покая | | |
| 19 | 20.08.2009 14:15 | ПЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ | 10.01.1956 | Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Архипова д.2 кв.2 | | Хирургическое отделение | 887 | | Отказано врачом приемного покая | | Отказано врачом приемного покая | | |
| 20 | 15.02.2010 20:05 | ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ | 24.02.1985 | Ставропольский край, Изобильненский р-н, г Изобильный, жд. будка. 109 км кв.99 | Городская поликлиника №1 | Хирургическое отделение | 777 | Острый алкогольный гастрит K29.2 | Направлен - Городская поликлиника №1 | | Направлен - Городская поликлиника №1 | | |
| 21 | 26.02.2010 22:45 | ПИЛЮЛКИНА МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА | 21.08.1956 | Калужская обл, Малоярославский р-н, г Малоярославец, пер. Базарный д.2 | Женская консультация | Акушерское отделение | 2488 | | Направлен - Городская поликлиника №1 | | Направлен - Городская поликлиника №1 | | |
| 22 | 27.02.2010 02:18 | ТРИФОНОВ ТРИФОН ТРИФОНОВИЧ | 12.01.1936 | Брянская обл, Жуковский р-н, г Жуковка, ул. Герцена д.123 корп.9 кв.888 | Горизонтный госпиталь | Хирургическое отделение | 2164 | Острый геморрагический гастрит K29.0 | Направлен - Городская поликлиника №1 | | Направлен - Городская поликлиника №1 | | |
| 23 | 03.08.2010 15:36 | ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА | 30.10.1989 | Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв. 23 | | Хирургическое отделение | 544 | | Умер | | Умер | | |
| 24 | 03.08.2010 16:04 | ПЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ | 10.01.1956 | Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Архипова д.2 кв.2 | | Гастроэнтерологическое отделение | | | Умер | | Умер | | |
| 25 | 11.08.2010 10:15 | ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ | 07.08.1976 | Карелия Респ, г Петрозаводск, ул. Архипова д.3 корп.2 кв.1 | Городская поликлиника №1 | Хирургическое отделение | 243 | | Направлен - Городская поликлиника №1 | | Отсутствие показаний для госпитализации | | |
| 26 | 13.08.2010 | ТРИФОНОВ ТРИФОН | 30.04.1985 | Кемеровская обл, | | Хирургическое | 963 | Острый | Отсутствие | | Отсутствие | | |

Электронный вариант «Журнал трансфузиологии» - «Журнал регистрации переливаний» - «Печать формы 009/у».

Журнал учёта приёма беременных, рожениц и родильниц / Форма №002/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Детская поликлиника
наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 002/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ
учета приема беременных, рожениц и родильниц

Начат 01.01.2008 г.

Окончен 23.05.2012 г.

| № п/п | Дата и время поступления | ФИО | Место жительства, номер телефона | Направившее учреждение | Диагноз при поступлении | Отделение | Дата родов | Сведения о родившихся (пол, масса, живой/мертвый) | Заключительный диагноз | Исход | Отметки о регистрации в органах ЗАГС перинатального свидетельства о смерти |
|-------|--------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|---------------------|--|---|--|--|
| 1 | 21.09.2009 12:27 | КУЗНЕЦОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА | Московская обл, г. Долгопрудный, ул. Корабельная д. 793 корп.299 кв. 667 | | | Акушерское отделение | 12.09.2011 10:00 | Пол: женский, вес: 3000 граммов, живой | Другой аскариаз (В88.0) | Родильница: Выписан с выздоровлени ем | |
| 2 | 26.01.2010 16:34 | ПИЛЮЛЬКИНА МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА | Калужская обл, Малоярославецки й р-н, г. Малоярославец, пер. Базарный д.2 | | | Акушерское отделение | 28.02.2011 13:45 | Пол: мужской, вес: 2700 граммов, мертвый Пол: женский, вес: 3000 граммов, живой | Холера (A00) | Родильница: Выписан с выздоровлени ем | |
| 3 | 19.02.2010 17:31 | ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА | Карелия Респ, г. Петрозаводск, ул. Антонова д.2 кв. 23 | Женская консультация | Беременность 40 недель. Дородовое излитие околоплодных вод. Резус- отрицательна я принадлежност ь крови без антител от 25.01.2010 (O26.9) | Акушерское отделение | 20.02.2010 03:20 | Пол: мужской, вес: 3400 граммов, живой | Срочные первые роды. Дородовое излитие околоплодных вод. Угроза разрыва промежности. Эпизиография. Родовозбуждени е. Родостимуляция. Резус- отрицательная | Родильница: Выписан с выздоровлени ем | |

Листок ежедневного учёта движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении / Форма №007/у-02

Утверждена приказом Минздрава РФ №413 от 30.12.2002

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Стационар

Приложение №2
к приказу Минздрава России от 30.12.2002 №413
Медицинская документация
Форма №007/у-02
Утверждена приказом Минздрава России
от 30.12.2002 №413

ЛИСТОК
ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении
Гастроэнтерологическое отделение

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Движение больных за истекшие сутки | | | | | | | | | | На начало текущего дня | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|----|------------------------------------|----|-------------------|--------|----|------------------------|----|----|----|----------------|----|
| | | | | | 6 | поступило больных* (без переведенных внутри больницы) | | | | переведено больных внутри больницы | | Выписано* больных | | | | 17 | 18 | 19 | свободных мест | |
| | | | | | | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | в т.ч. | | | | | | 20 | 21 |
| | | | | | | | | | | | | | 14 | 15 | 16 | | | | | |
| всего | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Гастроэнтерологический | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

Подпись медицинской сестры _____

| Фамилия, и., о. поступивших | Фамилия, и., о., поступивших из круглосуточного стационара | Фамилия, и., о., выписанных | Фамилия, и., о., переведенных | | Фамилия, и., о., умерших | Фамилия, и., о., больных, находящихся во временном отпуску |
|-----------------------------|--|-----------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------|--|
| | | | в другие отделения данной больницы | в другие стационаре | | |
| | | | | | | |

Печатная форма [ShowN_007_U]

Журнал регистрации переливания трансфузионных сред / Форма № 009/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Тестовое ЛПУ
Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Министерство здравоохранения СССР
Медицинская документация
Форма № 009/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ

переливания трансфузионных сред (кровь, плазма, нативная, сухая, замороженная, иммунная, эритроцитарная масса и взвесь, размороженные и отмытые эритроциты, лейкоцитарная и тромбоцитарная масса, криопреципитат, альбумин, протин, фибриноген, фибринолизин и кровозаменители).

Начат 01.01.2010

Окончен 21.05.2013

<> В крупных учреждениях на отдельные виды трансфузионных сред можно ввести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровозаменители. Кроме регистрации в журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту стационарного больного.

| № п / п | Дата переливания | Переливание первичное или повторное | ФИО больного | Возраст | № карты стационарного больного | Группа крови и резус-фактор больного | Показания к переливанию | Кровь (группа крови и резус-фактор) | Компоненты и препараты крови |
|---------|------------------|-------------------------------------|--|---------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 1 | 30.10.2012 | | АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1990) | 22 | 17 | | | | |
| 2 | 02.10.2012 | | БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ (25.12.1907) | 104 | 166 | | Гемостатическая | | Замороженная плазма |
| 3 | 28.09.2012 | Первичное | АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1990) | 22 | 17 | A(II)β положительная | Гемодинамические | | Эритроцитарная масса |
| 4 | 28.09.2012 | Первичное | АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1990) | 22 | 17 | A(II)β положительная | Гемодинамические | | Эритроцитарная масса |

| Группа крови донора | Резус-фактор донора | Кровезаменители | Доза перелитой трансфузионной среды (мл) | № этикетки (серия) препарата, завод-изготовитель | дата заготовки (выпуска препарата) | Способ переливания препаратов крови | Трансфузионные реакции | Осложнения после переливания | Подпись врача |
|---------------------|---------------------|-----------------|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------------------|---------------|
| | | | | | | | | | DevTeam |
| O(I)αβ | отрицательная | | 200 | 3125 | 04.09.2012 | внутривенно | Пирогенная | | DevTeam |
| A(II)β | положительная | | 160 | 123765 | 11.09.2012 | В/в капельно | Пирогенная | | DevTeam |
| A(II)β | положительная | | 140 | 876456 | 18.09.2012 | В/в капельно | | | DevTeam |

Электронный вариант **«Журнал трансфузиологии»** - **«Журнал регистрации переливаний»** - **«Печать формы 009/у»**.

Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших / Форма №015/у

Утверждена приказом МЗ РФ №354н от 06.06.2013.

(полное наименование медицинской
организации)

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
медицинская документация
Форма N 015/у

(адрес медицинской организации)

Утверждена приказом Минздрава России
от 6 июня 2013 г. N 354н

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПОСТУПЛЕНИЯ И ВЫДАЧИ ТЕЛ УМЕРШИХ

Начат г. окончен г.

| N | Дата поступления трупа | ФИО умершего | Название отделения данной больницы или больницы, откуда поступил труп | Номер карты стационарного больного | Название кладбища, где будет захоронен умерший | Дата выдачи трупа или захоронения больницей | По чьему распоряжению выдан нескрытый труп | Кому выдан труп, номер паспорта |
|---|------------------------|--|---|------------------------------------|--|---|--|--|
| 1 | 27.08.2012 | ТЕСТОВЫЙ ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ (25.04.1947) | Дом-интернат для ветеранов | | Новодевичье кладбище | 27.08.2012 | | СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977) |
| 2 | 09.06.2011 | ПЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ (10.01.1956) | Городская больница | | Ваганьковское кладбище | 20.08.2012 | | СИДОРОВ СИДОР СИДОРОВИЧ (22.11.1977) Паспорт гражданина России |
| 3 | 07.06.2011 | Неизвестный | ФАП | | | | | |

Электронный вариант **«Журнал патологоанатомической службы»** - **«Журнал приёма и выдачи трупов»** - **«Печать формы 015/у»**.

Книга записи вызовов врача на дом/ Форма №031/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
СССР
Тестовое ЛПУ
наименование учреждения

КНИГА
записи вызовов врачей на дом
за период с 01.01.2010 по 21.05.2013

Медицинская документация
форма № 031/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 № 1030

| № п/п | Дата и час вызова | Фамилия, имя, отчество больного | Год рождения, возраст | Адрес | Участок № | По какому поводу сделан вызов | Вызов первичный, вторичный, посещение активное | Дата и время выполнения вызова | Кем выполнен вызов | Подпись, выполненного вызов | Диагноз | Оказанная помощь, куда больной направлен |
|-------|------------------------|---|-----------------------|--|----------------------------|---|--|--------------------------------|--|-----------------------------|------------------------|--|
| 1 | 28.09.2011 07:30:00 | ПОЛИКАРПОВ ПОЛИКАРП ПОЛИКАРПОВ И/И | 07.09.1982, 29 | Кемеровская обл, Мариинский р-н, п. Первомайский, ул. Тракторная д.99 корп.12 кв.99 | Терапевтический участок №1 | Температура 37,8С, сухой кашель, насморк, температура до 38,5С ночью. | Первично | | Сидоров Сидор Сидорович - врач-гериятр | | ОРВИ | |
| 2 | 16.04.2012 14:58:58 | СЕМЕНОВ СЕМЕН СЕМЕНОВИЧ | 13.09.1990, 21 | Ивановская обл, Вичугский р-н, г Вичуга, ул. Батурина д.864 кв.967, тел. 111-11-11 | Терапевтический участок №1 | Боль в горле, лихорадка. | Первично | | | | Острый ларингофарингит | |

Электронный вариант **«Журнал вызовов врачей на дом» - «Весь журнал» - «Печать журнала вызовов на дом».**

Книга регистрации листов нетрудоспособности / Форма 036/у

Утверждена приказом Минздрав СССР №1030 от 04.10.1980

Министерство здравоохранения
СССР
Демонстрационное ЛПУ
наименование учреждения

КНИГА
регистрации листов нетрудоспособности
за период с 01.01.2009 по 31.12.2009

Медицинская документация
форма № 036/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 № 1030

| № п/п | № листа нетрудоспособности, выданного данным учреждением | | № листа нетрудоспособности, выданного другим учреждением | | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст | Адрес больного | Место работы и выполняемая работа | Диагноз | | Фамилия врача | | Освобожден от работы | | Всего календарных дней освобождения от работы | Отметка о направлении больного в другие лечебные учреждения |
|-------|--|-------------|--|-------------|--------------------------------------|---------|--|---|-----------|----------------|---|--|------------------------|-----------------|---|---|
| | первый | продолжение | первый | продолжение | | | | | первичный | заключительный | Выдавшего листок нетрудоспособности | Закончившего листок нетрудоспособности | с какого числа | по какому числу | | |
| 1 | | | ДД АВЕКЗЕ 221ВЕК В | | СИДОРОВА НАТАЛЬЯ МИХАЙЛОВНА | 53 | Москва г. пер. Яблонный д. 2 кв. 33 | Предприятие ТПП. | | В01 | Александрова Александра Александровна - врач- акушер- гинеколог | | 03.12.2009 18:19:52 | | | |
| 2 | | | ДФСДФ СДФСД ФСФСС ДФ | | КУЗНЕЦОВА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА | 61 | МОСКОВ СКАЯ ОБЛАСТ ь обл. г НОВО- ДЕВЯТК ИНО. . ВТОРАЯ КРАСНО АРМЕЙС КАЯ д.22 кв.11 | ОАО АВГУСТ. СЛЕСАРЬ- РЕМОНТНИК | А69.2 | А38 | Петров Петр Петрович - врач-терапевт участковый | | 23.11.2009 09:30:40 | | | |
| 3 | | | 0000000 22 | | БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ | 101 | Вологодс кая обл. ВСЕВОЛ ОЖСК. . ГОГОЛЯ д.58 кв.22 | | | К40.9 | Петров Петр Петрович - врач-терапевт участковый | | 29.10.2009 11:27:57 | | | |
| 4 | | | 0000000 22 | | БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ | 101 | Вологодс кая обл. ВСЕВОЛ ОЖСК. . ГОГОЛЯ д.58 кв.22 | | | К40.9 | Петров Петр Петрович - врач-терапевт участковый | | 29.10.2009 11:27:33 | | | |

Электронный вариант «Журнал ЛВН» - «Весь журнал» - «Печать журнала ЛН».

Журнал записи рентгенологических исследований / Форма №050/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Детская поликлиника
наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 050/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

ЖУРНАЛ записи рентгенологических исследований за период

Начат 01.01.2007 г.

Окончен 23.05.2012 г.

| Дата исследования | № п/п | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст | Адрес или название отделения стационара | № медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного | Диагноз при направлении в рентгеновский кабинет | Область исследования | Виды рентгенологического исследования больного | Число снимков (их формат) | Диагноз врача-рентгенолога | Число рентгенологических исследований |
|-------------------|-------|---------------------------------|---------|---|--|---|--------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------|
| 19.04.2012 | 1 | СЕМЕНОВ СЕМЕН СЕМЕНОВИЧ | 21 | Поликлиника | | Острый ларингофарингит | Рентгенография брюшной полости | Рентгенография | 1 | Перфорация полого органа. | 1 |
| 13.03.2012 | 2 | ЗЫКОВА АННА АНДРЕЕВНА | 22 | Поликлиника | 10 | Сальмонеллезный энтерит | Рентгенография грудной клетки | Рентгенография | 2 | Явления застоя в малом круге кровообращения. Двухсторонний гидроторакс. Атеросклероз аорты. Кардиомегалия. | 1 |
| 13.03.2012 | 3 | ТЕСТОВАЯ ГАЛИНА ВЛАДИМИРОВНА | 53 | Терапевтическое | 1056 | | Рентгенография грудной клетки | Рентгенография | 1 | Эмфизема легких. Легочная гипертензия. Легочное сердце. | 1 |
| 12.03.2012 | 4 | ПРОКОПЬЕВ ПРОКОПИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ | 24 | Поликлиника | 7 | | Рентгенография грудной клетки | Рентгенография | 1 | ХОБЛ. Эмфизема легких. Легочная гипертензия. Легочное сердце. | 1 |
| 07.02.2012 | 5 | ЛЕСТЕЛЬ ИВАН ИВАНОВИЧ | 56 | Поликлиника | 7 | | Рентгенография грудной клетки | Рентгенография | 1 | Явления застоя в малом круге кровообращения. Двухсторонний гидроторакс. | 1 |

Электронный вариант **«Журнал отделения лучевой диагностики»** - **«Печать журнала 050/у».**

Журнал учета инфекционных заболеваний/ Форма 060/у

Утверждена приказом Минздрава СССР №1030 от 04.10.1980

Медицинская документация
Форма №060/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

ЖУРНАЛ учета инфекционных заболеваний

| № п/п | дата и часы сообщения (приема) и дата отсылки (получения) | Наименование лечебного учреждения | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения) | Домашний адрес | Наименование места работы учебы |
|-------|---|-----------------------------------|---------------------------------|---|----------------|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Прием сообщение в 18.04.2012 13:02:00 Сообщил Михайлов Михаил Михайлович - врач-хирург 32151 Хирургия Отсылка сообщения в 18.04.2012 Принял | Тестовое ЛПУ | ВИКТОРОВА ВИКТОРИЯ ВИКТОРОВНА | 22 | | Отделение железной дороги |
| 3 | Прием сообщение в 28.05.2012 10:00:00 Сообщил Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезии и реанимации Анестезиология и реаниматология Отсылка сообщения в 28.05.2012 Принял | ПОЛИКЛИНИКА №1 | ПРОКОПЬЕВ ПРОКОПИЙ ПРОКОПЬЕВИЧ | 24 | | Отделение железной дороги |
| 4 | Прием сообщение в Сообщил Отсылка сообщения в Принял | ПОЛИКЛИНИКА №1 | БОРИСОВ БОРИС БОРИСОВИЧ | 104 | | |

| № п/п | Дата заболевания | Диагноз | Дата, место госпитализации | Дата первичного обращения | Измененный диагноз | Дата эпид. обследования | Сообщено о заболеваниях | Лабораторное обслед. и его результат | Примечание |
|-------|------------------|---|----------------------------|---------------------------|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------|
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
| 2 | 18.04.2012 | Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар eltor код (A00.1) Установлен 18.04.2012 | | 18.04.2012 | | | сообщено в | | |
| 3 | 27.05.2012 | Кожный эризипелоид код (A26.0) Установлен 28.05.2012 | 07.03.2012 | 28.05.2012 | | | сообщено в | | |
| 4 | | Гиперплазия предстательной железы код (N40) Установлен | 25.12.2007 | | Гиперплазия предстательной железы код (N40) | | сообщено в | | |

Электронный вариант «Журнал экстренных извещений» - «Инфекционные заболевания» - «Печать журнала».

Журнал учёта заявок / Форма № 417/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1055 от 07.08.1985.

МИНЗДРАВ СССР
Тестовое ЛПУ
Наименование медицинской организацииМедицинская документация
Форма № 417/у
Утверждена Минздравом СССР
07.08.85 г. №1055ЖУРНАЛ
УЧЕТА ЗАЯВОКНачат _____ по _____
(наименование подразделения СПК, ОПК) Окончен _____

1. Журнал выполняется лицом, ответственным за прием и выполнение заявок
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью главного врача

| N п/п | Дата заказа | Срок исполнения заказа | Заказчик | Наименование трансфузионной среды | Группа крови по системе АВО | Резус-принадлежность | Количество | Ед. изм. | Дата и подпись лица, выполнившего заказ | Дата и подпись лица, получившего заказ |
|-------|-------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------|----------|---|---|
| 1 | 02.10.2012 | 02.10.2012 | Отделение анестезии и реанимации | Замороженная плазма | O(1)αβ | положительная | 600 | мл. | 02.10.2012 Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач- трансфузиолог | 02.10.2012 Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации |
| 2 | 02.10.2012 | 02.10.2012 | Отделение анестезии и реанимации | Перфторан | | | 500 | мл. | 02.10.2012 Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач- трансфузиолог | 02.10.2012 Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации |
| 3 | 02.10.2012 | 02.10.2012 | Отделение анестезии и реанимации | ХАЕС-стерил | | | 800 | мл. | Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач- трансфузиолог | Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации |
| 4 | 02.10.2012 | 02.10.2012 | Отделение анестезии и реанимации | Эритроцитарная масса | O(1)αβ | положительная | 400 | мл. | 02.10.2012 Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач- трансфузиолог | 02.10.2012 Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации |
| 5 | 02.10.2012 | 02.10.2012 | Отделение анестезии и реанимации | Реамберин | | | 800 | мл. | Севастьянов Севастьян Севастьянович - врач- трансфузиолог | Владимиров Владимир Владимирович - зав. отделением анестезиологии и реанимации |

Электронный вариант **«Журнал трансфузиологии»** - **«Журнал заявок на трансфузионные среды переливаний»** - **«Печать формы 417/у»**.

Журнал регистрации брака крови / Форма № 418/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1055 от 07.08.1985.

МИНЗДРАВ СССР
Тестовое ЛПУ
Наименование медицинской организации

Медицинская документация
Форма № 418/у
Утверждена Минздравом СССР
07.08.85 г. №1055

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БРАКА КРОВИ

Начат 01.01.2010

Окончен 21.05.2013

1. Ведется в подразделении, ответственном за выбраковку крови
2. В конце каждого дня по графам 7-19 подводится итог для ведомости учета заготовки крови
3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью главного врача

| № п / п | дата заготовки | номер сосуда | ФИО донора | место заготовки крови | дата контроля | положительное исследование на сифилис | австралийский антиген | билирубин | хилезность плазмы | наличие сгустков | гемолиз |
|---------|----------------|--------------|--|-----------------------|---------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------|-------------------|------------------|---------|
| 1 | 12.03.2013 | 456 | ИВАНОВ ИВАН ПЕТРОВИЧ (19.01.1987) | Стационар | 12.03.2013 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 12.03.2013 | 231 | АЛЕКСАНДРОВА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВНА (04.05.1990) | Стационар | 12.03.2013 | | | | | | |

| бактериальная загрязнённость | бой посуды и нарушение герметичности | истечение срока годности | контакт донора с больным вирусным гепатитом | номер акта | дата списания | подпись ответственного лица | примечание (как использовалась кровь, не пригодная для трансфузий) |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---|------------|---------------|---|--|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 12.03.2013 | Варламов Варлаам Варлаамович - зав. гематологическим отделением | примечание |
| | | | | | 12.03.2013 | Варламов Варлаам Варлаамович - зав. гематологическим отделением | |

Электронный вариант **«Журнал трансфузиологии» - «Журнал брака крови» - «Печать формы 418/у».**

Журнал учета процедур / Форма № 029/у

Утверждена приказом МЗ СССР №1030 от 04.10.1980.

Министерство здравоохранения
СССР
КОГБУЗ Кировская городская больница № 8
Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 029/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. №1030

ЖУРНАЛ
учета процедур
Кабинет _____

Начат 01.01.2014Окончен 31.12.2014

| N п / п | Фамилия, имя, отчество больного | Наименование процедуры (препарат) | Количество назначенных процедур | Доза | Даты проведения процедур | | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|---------------------------------------|------|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 123 123ЕИЗВЕСТНО 123123НЕИЗВЕСТНО (16.05.1978) | Селективная ангиография матки | 1 | | 15.12.2014 17:30:42 | | | | | | | | | | |
| 3 | 123 123ЕИЗВЕСТНО 123123НЕИЗВЕСТНО (16.05.1978) | Селективная целиакография | 50 | | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | 15.12.2014 00:00:00 | |
| 4 | 1234512345 АЛЕКСАНДРА АЛЕКСЕЕВИЧ (07.11.2013) | Коронарография | 1 | | 22.12.2014 14:01:43 | | | | | | | | | | |
| 5 | ТЕППСЕВА АЛЕВТИНА МИХАЙЛОВНА1 (29.08.1954) | Селективная ангиография матки | 1 | | 21.11.2014 15:52:06 | | | | | | | | | | |
| 6 | ФИНАЛЬНЫЙ ИВАН ИВАНОВИЧ (29.12.1982) | Селективная ангиография матки | 1 | | 03.12.2014 | | | | | | | | | | |

Электронный вариант «Журнал лечебных назначений» - «Журнал учета процедур» - «Печать формы 029/у».

Вкладыш для Истории Болезни по ДМС

| | | | | | |
|--|--|--------------|-------------|----------------|--------------------------------|
| Министерство здравоохранения Российской Федерации | | | | | |
| <u>Тестовое ЛПУ</u> | | | | | |
| В К Л А Д Ы Ш в историю болезни стационарного больного, получившего медицинские услуги по программе добровольного медицинского страхования в Тестовом ЛПУ | | | | | |
| Ф.И.О. больного (полностью) | <u>ТЕСТ ИВАН АДРЕЕВИЧ</u> | | | | |
| Дата рождения | <u>01.01.1997</u> | | | | |
| Предприятие | <u>БАНК"ВТБ" - Не указано</u> | | | | |
| Специальность | <u>АДМИНИСТРАТОР</u> | | | | |
| Паспорт | <u>Паспорт гражданина РФ серия 8666 № 222 выдан УВД. г. Петрозаводска 13.12.2006</u> | | | | |
| Полис ДМС | <u>полис</u> | | | | |
| Номер истории болезни | <u>39</u> | | | | |
| Отделение | <u>Отделение общей хирургии палата N 7</u> | | | | |
| Дата поступления | <u>13.07.2009</u> | | | | |
| Дата выписки | <u>19.07.2009 :</u> | | | | |
| Количество койко-дней, всего | <u>6</u> | | | | |
| Количество койко-дней сверх ОМС | | | | | |
| Количество койко-дней по ДМС | | | | | |
| Диагноз основной | <u>Острый и подострый инфекционный эндокардит</u> | | | | |
| Шифр по МКБ-10 | <u>I33.0</u> | | | | |
| Диагноз сопутствующий | | | | | |
| Шифр по МКБ-10 | | | | | |
| Лечение сопутствующего заболевания | | | | | |
| Дополнительные медицинские услуги по программе ДМС | | | | | |
| Наименование услуги | Код услуги | Кол-во услуг | Дата услуги | Шифр по МКБ-10 | Код врача, выполнившего услугу |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Электрокардиография | 11001 | | | | |
| УЗИ брюшной полости | 12001 | | | | |
| УЗИ щитовидной железы, слюнных желез, л/узлов | 12002 | | | | |
| УЗИ мочеполовой системы (мужчины) | 12003 | | | | |
| УЗИ мочеполовой системы (женщины) | 12004 | | | | |
| УЗИ молочные железы, лимфатические узлы | 12005 | | | | |
| Эхокардиография с доплеровским анализом | 12006 | | | | |
| Эзофагогастродуоденоскопия (диагностическая) | 14001 | | | | |
| Эзофагогастродуоденоскопия (лечебно-диагностическая) | 14002 | | | | |
| Ректоскопия (диагностическая) | 14004 | | | | |
| Колтеровское мониторирование | 11011 | | | | |
| Колтеровское мониторирование ЭКГ+АД | 11012 | | | | |

Отпечатано при помощи Карельской медицинской информационной системы

Электронный вариант – «Первичная документация» - «История болезни»
- «Показать» - «Печать вкладыша в ИБ для ДМС» [PR_sformD1ibDMS]

Об этом документе

Сведения, содержащиеся в данном документе, отражают текущую позицию разработчиков КМИС в отношении обсуждаемых вопросов на момент публикации. Поскольку разработчики заинтересованы в гибком реагировании на изменение рыночных условий, данный документ не должен рассматриваться как обязательства с их стороны и разработчики не могут гарантировать точность представленных сведений после публикации.

Данный документ носит исключительно информационный характер. В ЭТОМ ДОКУМЕНТЕ НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ НИКАКИХ ГАРАНТИЙ, ЯВНЫХ ИЛИ ПОДРАЗУМЕВАЕМЫХ.

На пользователе лежит ответственность за соблюдение всех применимых в данном случае законов об авторском праве. В рамках, предусмотренных законами об авторских правах, никакая часть настоящего документа не может быть воспроизведена, сохранена, представлена в какой-либо системе хранения данных или передана в какой бы то ни было форме, какими бы то ни было средствами (электронными, механическими, фотокопировальными, записывающими или другими) и в каких бы то ни было целях без специального письменного разрешения разработчиков.

Разработчики могут являться правообладателем патентов и заявок, поданных на получение патента, товарных знаков и объектов авторского права, которые имеют отношение к содержанию данного документа. Предоставление вам данного документа не означает передачи какой-либо лицензии на использование данных патентов, товарных знаков и объектов авторского права, за исключением использования, явно оговоренного в лицензионном соглашении.

© КМИС, 2007-2016. Версия 3.7 Все права защищены.

КМИС, логотип КМИС являются охраняемыми товарными знаками.

Названия прочих организаций и продуктов, упомянутые в данном документе, являются товарными знаками их законных владельцев.

Этот документ содержит сведения, носящие частный характер. Содержащиеся в документе сведения предназначаются только лицам, которым он адресован, и могут быть использованы только ими. Несанкционированное воспроизведение этого документа посторонними лицами будет рассматриваться как нарушение авторских прав.

Дополнительная информация и новые версии документации могут быть получены с сайта по адресу <http://www.kmis.ru>