

# ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

83003, г. Донецк, пр-т Ильича 14-И, тел. (062) 312-91-26, E-mail: [minzdrav.dnr@mail.ru](mailto:minzdrav.dnr@mail.ru)

### ПРИКАЗ № 012.1/41

от «02» 06 2015 года

Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности

Зарегистрировано в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики за регистрационным № 215 от «22» 06 2015г.

В соответствии с пунктом 7.15 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10.01.2015 №1-33, с целью усовершенствования статистического учета в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики,

### **ПРИКАЗЫВАЮ:**

#### 1. Утвердить:

1.1. Форму первичной учетной документации № 001-3/у «Журнал учета пребывания больных в дневном стационаре, стационаре на дому» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.2. Форму первичной учетной документации № 002/у «Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.3. Форму первичной учетной документации № 002-1/у «Направление на госпитализацию беременной для искусственного прерывания беременности в сроки от 12 до 22 недель» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.4. Форму первичной учетной документации № 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.5. Форму первичной учетной документации № 003-2/у «Карта больного дневного стационара, стационара на дому» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.6. Форму первичной учетной документации № 010/у «Журнал записи родов в стационаре» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.7. Форму первичной учетной документации № 026/у «Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, школы-лицея, детского дома, детского сада)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.8. Форму первичной учетной документации № 028-2/у «Направление на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроки от 12 до 22 недель» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.9. Форму первичной учетной документации № 028-3/у «Заключение № \_\_\_\_\_ Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроки от 12 до 22 недель» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.10. Форму первичной учетной документации № 030-1/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения за больным с расстройствами психики поведения и расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.11. Форму первичной учетной документации № 032/у «Журнал записи родовой помощи на дому» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.12. Форму первичной учетной документации № 035/у «Журнал записи заключений врачебно-консультативной комиссии» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.13. Форму первичной учетной документации № 035-1/у «Журнал для регистрации выдачи Заключений Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроки от 12 до 22 недель» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.14. Форму первичной учетной документации № 036/у «Журнал регистрации листков нетрудоспособности» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.15. Форму первичной учетной документации № 036-1/у «Журнал регистрации справок о временной нетрудоспособности» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.16. Форму первичной учетной документации № 039-5/у «Дневник учета работы рентгенологического отделения (кабинета)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.17. Форму первичной учетной документации № 039-6/у «Дневник учета работы эндоскопического отделения (кабинета)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.18. Форму первичной учетной документации № 039-7/у «Дневник учета работы кабинета (отделения) функциональной диагностики» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.19. Форму первичной учетной документации № 039-8/у «Дневник учета работы кабинета (отделения) ультразвуковой диагностики» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.20. Форму первичной учетной документации № 039-9/у «Дневник учета работы кабинета (отделения) радионуклидной диагностики» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.21. Форму первичной учетной документации № 044/у «Карта № \_\_\_\_\_ больного, который лечится в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.22. Форму первичной учетной документации № 046/у «Журнал регистрации эндоскопических исследований» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.23. Форму первичной учетной документации № 046-1/у «Журнал учета технического обслуживания и ремонта эндоскопической аппаратуры» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.24. Форму первичной учетной документации № 047/у «Журнал регистрации функциональных исследований» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.25. Форму первичной учетной документации № 048/у «Журнал регистрации ультразвуковых исследований» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.26. Форму первичной учетной документации № 049-1/у «Журнал регистрации радионуклидных исследований» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.27. Форму первичной учетной документации № 050/у «Журнал записи рентгенологических исследований, магнитнорезонансных томографий» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.28. Форму первичной учетной документации № 051/у «Карта больного, подлежащего лучевой терапии» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.29. Форму первичной учетной документации № 063/у «Карта профилактических прививок » и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.30. Форму первичной учетной документации № 064/у «Журнал учета профилактических прививок» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.31. Форму первичной учетной документации № 066-1/у «Статистическая карта больного, выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.32. Форму первичной учетной документации № 075/у «Журнал записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.33. Форму первичной учетной документации № 081-1/у «Медицинская карта лечения больного туберкулезом ТБ 01» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.34. Форму первичной учетной документации № 086/у «Медицинская справка № \_\_\_\_ (врачебное консультативное заключение)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.35. Форму первичной учетной документации № 095/у «Справка № \_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I-IV уровней аккредитации, о болезни, карантине и других причинах отсутствия ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.36. Форму первичной учетной документации № 096/у «История родов № \_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.37. Форму первичной учетной документации № 097/у «Карта развития новорожденного № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.38. Форму первичной учетной документации № 102/у «Журнал учета новорожденных в отделении (палате)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.39. Форму первичной учетной документации № 104/у «Заключение № \_\_\_\_ комиссии врачей-психиатров относительно лица, к которому применены принудительные меры медицинского характера» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.40. Форму первичной учетной документации № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.41. Форму первичной учетной документации № 112/у «История развития ребенка № \_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.42. Форму первичной учетной документации № 113/у «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.43. Форму первичной учетной документации № 138/у «Справка № \_\_\_\_ о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.44. Форму первичной учетной документации № 147/у «Справка № \_\_\_\_ для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.45. Форму первичной учетной документации № 147-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.46. Форму первичной учетной документации № 151/у «Журнал регистрации врачебных свидетельств (фельдшерских справок) о смерти» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.47. Форму первичной учетной документации № 153/у «Журнал учета случаев перинатальной смерти» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

2. Установить, что персональные данные, которые содержатся в формах первичной учетной документации, утвержденных данным приказом, обрабатываются в соответствии с действующими требованиями законодательства о защите персональных данных.

3. Главному специалисту юридического сектора Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (Лопушанскому М.В.) обеспечить представление данного приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его государственной регистрации.

4. Директору Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий (Федосееву А.Б.) принять соответствующие меры к обеспечению учреждений здравоохранения образцами учетных форм и инструкциями по их заполнению, указанными в пункте 1 данного приказа, после их утверждения.

5. Установить ответственность руководителей органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики за организацию работы по

надлежащему использованию в практической деятельности утвержденных учетных форм и инструкций по их заполнению.

6. В случае наличия в учреждениях здравоохранения учетных форм старого образца, разрешить их использование до 01.09.2015г., при условии обязательного внесения всех сведений, предусмотренных в учетных формах, утвержденных данным приказом.

7. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ _____ Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
Форма первичной учетной документации  <b>№ 001-3/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5	012.1/41
0	2	0	6	2	0	1	5		
012.1/41									

**ЖУРНАЛ**  
**учета пребывания больных**  
**в дневном стационаре, стационаре на дому**

Начат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной  
документации № 001-3/у «Журнал учета пребывания больных  
в дневном стационаре, стационаре на дому»**

1. «Журнал учета пребывания больных в дневном стационаре, стационаре на дому» (далее – форма № 001-3/у) предназначен для регистрации больных, которые находятся на лечении в дневном стационаре амбулаторно-поликлинических подразделений учреждений здравоохранения.
2. Форма №001-3/у ведется медицинской сестрой дневного стационара либо структурного подразделения, в котором он создан.
3. В форму 001-3/у записывается каждый больной, который находился на лечении в дневном стационаре или в стационаре на дому.
4. Графы 1-5 заполняются на основании данных первичной учетной документации о больном фф. №№ 112/у, 025/у и др.
5. Графы 6-8 заполняются при выписке больного.
6. В графе «Примечание» отмечается место лечения больного (дневной стационар, стационар на дому).
7. В случае ведения формы №001-3/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.
8. Срок хранения формы № 001-3/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____  Наименование и местонахождение (полный почтовый адресов) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____  Идентификационный код _____	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 002/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 0   2   0   6   2   0   1   5   № 012.1/41
--	---

**Ж У Р Н А Л**  
**учета приема беременных, рожениц и родильниц**

Начат «__» _____ 20__ г.	Окончен «__» _____ 20__ г.
--------------------------	----------------------------

№ п/п	Номер истории и родов	Дата и время госпитализации (число, месяц, часы, минуты)	Фамилия, имя, отчество	Постоянное место жительства (для приезжих адрес временного проживания), № телефона	Каким учреждением направлена и кем доставлена	Диагноз при госпитализации	Отделение, в которое направлена	Окончательный диагноз	Результат: выписана, переведена (куда), умерла (указать дату)	
									родильница	беременная
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 002/у**  
**«Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц»**

1. Форма первичной учетной документации № 002/у «Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц» (далее – форма № 002/у) ведется в родильных домах и учреждениях здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, имеющих отделения (палаты) для беременных и рожениц. В форме № 002/у, кроме беременных и рожениц, записываются родильницы, которые поступили в стационар после родов (дома, в дороге), а также переведенные из других стационаров. В форме № 002/у регистрируются женщины, которые госпитализируются при прерывании беременности (самопроизвольно или по показаниям) после 12 недель беременности.

В форму № 002/у не включаются сведения о женщинах, которые госпитализируются для прерывания беременности (по желанию) со сроком беременности до 12 недель. Сведения о них записываются в форме первичной учетной документации № 001/у «Журнал учета поступления больных в стационар».

2. Форма № 002/у прошивается, страницы нумеруются, заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

3. Форма № 002/у ведется в приемном отделении родильного дома, учреждений здравоохранения, имеющего родильные отделения, палаты (койки), а также в отделении патологии беременности, в гинекологическом отделении, если к ним госпитализируются женщины с угрозой прерывания беременности или при прерывании беременности (самопроизвольно или по показаниям), акушеркой под контролем заведующего отделением, врача акушера-гинеколога. Форма № 002/у заполняется ручкой разборчивым почерком.

Неправильно заполненные данные зачеркиваются и делается запись «аннулировано», ставится подпись лица, сделавшего запись, и подпись заведующего отделением, которая скрепляется печатью учреждения здравоохранения.

4. Графы 1-8: дата и время госпитализации, фамилия, имя, отчество, постоянное место жительства, каким учреждением направлена женщина, диагноз при госпитализации, а также отделение, в которое направлена беременная, роженица или родильница, заполняются в период, когда женщина поступает в стационар на основании записи в «Обменной карте роддома, родильного отделения учреждения здравоохранения» (форма № 113/у), которую она получает в женской консультации.

В графе 2 указывается номер «Истории родов» (форма № 096/у).

5. Графы 9-11: окончательный диагноз, результат пребывания беременной, роженицы, родильницы в стационаре заполняются при выписке женщины из стационара старшей акушеркой родильного или гинекологического отделения на основании «Истории родов» (форма № 096/у) или «Медицинской карты стационарного больного» (форма № 003/у).

6. В форме № 002/у на каждую беременную, роженицу, родильницу, которая поступает в стационар, отводится не менее 4-5 строк.

7. В случае ведения формы № 002/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, содержащаяся в утвержденном бумажном носителе.

8. Срок хранения журнала – 50 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации  
№ 002-1/y

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию беременной для искусственного прерывания беременности  
в сроке от 12 до 22 недель

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата заполнения)

Учреждение здравоохранения, в которое направляется беременная \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_ 3. Адрес \_\_\_\_\_

4. Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(название документа)

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Кем (наименование учреждения, выдавшего документ) \_\_\_\_\_

5. Диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель  
(указать срок беременности, название болезни, форму, стадию, степень тяжести болезни, примечания)

6. Результаты и даты обследования:

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель комиссии

(подпись)

Секретарь

(подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 002-1/у  
«Направление на госпитализацию беременной для искусственного прерывания  
беременности в сроке от 12 до 22 недель»**

1. Форма первичной учетной документации № 002-1/у «Направление на госпитализацию беременной для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель» (далее – форма № 002-1/у) является одним из основных документов, содержащим сведения о Направлении на госпитализацию беременной для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель.

2. Форма 002-1/у заполняется секретарем Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики на основании данных Заключения Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (форма № 028-3/у).

3. При заполнении формы № 002-1/у в нее вносятся сведения о местонахождении учреждения здравоохранения, в которое направляется на госпитализацию беременная, паспортные данные беременной, подробно записывается диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель, результаты обследования.

4. Форма 002-1/у заполняется ручкой, разборчивым почерком. Исправления или замазывания неверно заполненных данных не допускаются.

5. При госпитализации форма № 002-1/у подклеивается к «Медицинской карте стационарного больного» (форма № 003/у).

6. В случае ведения формы № 002-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адресов) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ Идентификационный код _____		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 003-1/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики   0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41
---	--	---

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

1. Фамилия, имя, отчество женщины _____															
2. Группа крови _____		3. Резус-фактор _____													
4. Реакция Вассермана _____		Результат исследования на гонорею _____													
5. Поступила по направлению _____ (название учреждения здравоохранения)															
6. Санобработку прошла: да, нет (подчеркнуть)															
7. Дата поступления:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, месяц, год)							8. Дата выписки	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, месяц, год)						

9. Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

10. Возраст \_\_\_\_ лет, семейное положение: в браке зарегистрированном, не зарегистрированном, одинокая (подчеркнуть)

11. Место жительства: республика \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

12. Место работы \_\_\_\_\_

(для учащихся название учебного заведения)

13. Должность \_\_\_\_\_

14. Диагноз при поступлении: основной \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Подпись акушерки \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

15. Диагноз клинический \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10 

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

16. Диагноз при выписке: основной \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

17. Название операции, дата \_\_\_\_\_

18. Осложнения \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ**

19. Менструация установилась с \_\_\_\_\_ лет по \_\_\_\_\_ дней через \_\_\_\_\_ дней.

Мизерные, умеренные, значительные, болезненные, безболезненные (подчеркнуть)

Последняя нормальная менструация с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет

Пользовалась ли предохранительными мерами против беременности: да, нет, каким способом \_\_\_\_\_

Какая беременность (1, 2 и тому подобное) \_\_\_\_\_ Число беременностей, которые закончились родами \_\_\_\_\_ абортами \_\_\_\_\_

Последняя беременность была в \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (месяц)

Закончилась: родами срочными, преждевременными, аборт по медицинским показаниям, криминальным, самопроизвольным выкидышем (подчеркнуть)

Были ли осложнения в родах \_\_\_\_\_

после родов \_\_\_\_\_

после абортов \_\_\_\_\_

(указать, какие и годы)

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, сифилис, гонорея, гинекологические заболевания \_\_\_\_\_

Перенесенные операции, переливания крови (было, не было) \_\_\_\_\_

Причины нынешнего аборта : \_\_\_\_\_

нежелание иметь ребенка, жилищные условия, учеба, необеспеченность детским садом, материальная необеспеченность, много детей, нет мужа (подчеркнуть; то, чего не хватает – вписать) \_\_\_\_\_

**20. Состояние при госпитализации**

Т° тела \_\_\_\_\_ общее состояние \_\_\_\_\_

Внешние покровы, слизистые \_\_\_\_\_ окраска \_\_\_\_\_

Органы кровообращения : пульс \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_

сердце (тоны) \_\_\_\_\_

Органы дыхания \_\_\_\_\_

Органы пищеварения \_\_\_\_\_

Опорожнение \_\_\_\_\_ Органы мочеиспускания \_\_\_\_\_

**21. Влагалищное исследование**

Внешние половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное

Шейка матки цилиндрической, конической формы (подчеркнуть)

Слизистая влагалища и шейки чистая \_\_\_\_\_ На шейке есть эрозия размером \_\_\_\_\_

Внешний зев открыт, закрыт \_\_\_\_\_ Тело матки в положении \_\_\_\_\_

Увеличено до \_\_\_\_\_ недель беременности, мягкой консистенции, подвижное, неподвижное, болезненное, безболезненное, безболезненное при пальпации (подчеркнуть)

Левые придатки без особенностей \_\_\_\_\_ Правые придатки без особенностей \_\_\_\_\_

Свод свободный \_\_\_\_\_ Выделения: слизистые, гнойные, кровянистые, умеренные, значительные (подчеркнуть)

Диагноз: беременность \_\_\_\_\_ недель **Врач** \_\_\_\_\_



22. Получено информированное добровольное согласие на проведение операции, лечение ф. № 003-6/у: да, нет (подчеркнуть)

23. Операция прерывания беременности \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ часов

Метод обезболивания \_\_\_\_\_

24. После соответствующей обработки внешних половых органов, влагалища и шейки матки, шейка матки взята на пулевые щипцы.

Длина матки по зонду \_\_\_\_\_ см.

Расширение цервикального канала расширителем Гегара № \_\_\_\_\_ легко

виброрасширителем \_\_\_\_\_ легко

Плодное яйцо разрушено и удалено кюреткой, абортцангом, вакуумэксекселеатором

Контрольное выскабливание стенок матки проведено, нет (подчеркнуть)

Матка сократилась, нет (подчеркнуть) Кровопотеря \_\_\_\_\_ мл Шейка матки обработана йодом \_\_\_\_\_

Назначения \_\_\_\_\_

Подпись акушера-гинеколога \_\_\_\_\_

### 25. Послеоперационный период

Дата		Первые сутки	Назначения
Т° утром		Жалобы _____	
Т° вечером		Общее состояние _____	
Пульс		Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий,	
АД		напряженный (подчеркнуть)	
		Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные,	
		незначительные (подчеркнуть)	
		Опорожнение _____	
		Мочеотделение _____	
Врач _____			

Дата		Вторые сутки	Назначения
Т° утром		Жалобы _____	
Т° вечером		Общее состояние _____	
Пульс		Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий,	
АД		напряженный (подчеркнуть)	
		Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные,	
		незначительные (подчеркнуть)	
		Опорожнение _____	
		Мочеотделение _____	
Врач _____			

Дата		Третьи сутки	Назначения
Т° утром		Жалобы _____	
Т° вечером		Общее состояние _____	
Пульс		Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД		Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
		Опорожнение _____	
		Мочеотделение _____	
			Врач _____
« _____ » _____ в _____ г.		Выписана в удовлетворительном состоянии _____	
		Переведена в _____	
26. Рекомендовано _____			
Справку получила _____			
Листок нетрудоспособности с _____ по _____ № _____, трудоспособность восстановлена или продолжает болеть, явка к врачу. серия _____ получила _____			
Врач _____		Зав. отделением _____	
(подпись)		(подпись)	

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнения формы первичной учетной документации**  
**№ 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности» (далее – форма № 003-1/у), которая используется как в стационаре, так и в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения.

2. Форма № 003-1/у является медицинским документом, который заполняется в аккредитованных учреждениях здравоохранения II и III уровней оказания медицинской помощи при обращении женщины для проведения операции (процедуры) искусственного прерывания нежелательной беременности до 12 недель беременности или по поводу самопроизвольного аборта (в стационаре).

3. Форма № 003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности в срок до 12 недель, кроме абортов по медицинским показаниям при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется форма первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_», (далее – форма № 003/у).

4. В случаях осложнений, которые возникают во время или после операции (процедуры) аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более трех суток, записи заносятся в дневник формы № 003/у.

5. В пункте 1 отмечаются фамилия, имя, отчество женщины, которая обратилась по поводу искусственного прерывания беременности.

6. В пунктах 2 - 4 отмечаются: группа крови, резус-фактор, результаты исследования микробиоценоза влагалища, анализа на реакцию Вассермана (по показаниям) беременной женщины.

7. В пункте 5 отмечается наименование учреждения здравоохранения, по направлению которого поступила женщина для проведения операции (процедуры) искусственного прерывания беременности.

8. В пунктах 7 - 9 отмечаются: дата госпитализации (число, месяц, год), дата прерывания беременности, дата выписки женщины после проведения операции (процедуры) искусственного прерывания беременности, количество проведенных койко-дней.

9. В пунктах 10 - 13 отмечаются: возраст и семейное положение женщины, место жительства согласно паспортным данным, место работы, должность.

10. В пунктах 14 - 16 отмечаются: диагноз при госпитализации (основной, сопутствующий), диагноз клинический, диагноз при выписке (основной, сопутствующий) согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра.

11. В пункте 17 отмечаются: название операции (процедуры) искусственного прерывания беременности и дата ее проведения (число, месяц, год).

12. Пункт 18 заполняется в случае осложнений после оперативного вмешательства или после использования другого метода прерывания беременности.

13. В пункте 19 отмечается акушерско-гинекологический анамнез женщины: календарь менструаций, начало половой жизни, использование противозачаточных средств, наличие предыдущих беременностей, их результат (закончились родами или аборт), их количество, наличие осложнений в родах или после аборта; перенесенные заболевания, операции, аллергологический анамнез, переливание крови, причины нынешнего прерывания беременности, проведение предабортного консультирования.

14. В пункте 20 отмечается состояние женщины при госпитализации: температура тела, общее положение, пульс, артериальное давление, состояние внутренних и внешних органов (органов дыхания, пищеварения, мочеотделения и т.д.).

15. В пункте 21 отмечаются результаты влагалищного исследования: состояние внешних половых органов, шейки матки, тела матки, увеличения ее к определенному количеству недель беременности, состояние левого и правого придатков, свода, наличие и характер выделений. Выставляется диагноз беременности (количество недель беременности), фамилия и подпись врача акушера-гинеколога, осмотревшего женщину.

16. В пункте 22 путем подчеркивания отмечается, подписано или нет информированное добровольное согласие беременной женщины на проведение операции (процедуры) искусственного прерывания нежелательной беременности утвержденной формы.

17. В пункте 23 отмечаются дата проведения операции и метод обезболивания.

18. В пункте 24 описываются ход операции, наличие кровопотери, сокращение матки; проставляются фамилия и подпись врача акушера-гинеколога, выполнившего операцию.

19. В пункте 25 описывается послеоперационный период в первые трое суток после операции с указанием: общего состояния, жалоб, температуры тела, артериального давления, результатов пальпации живота (безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный), характера выделений (кровянистые, серозные, значительные, умеренные), назначений врача. Проставляются дата, фамилия и подпись врача акушера-гинеколога.

20. В пункте 26 формы № 003-1/у отмечается дата выписки женщины, приводятся рекомендации, в том числе послеабортное консультирование и избранный метод контрацепции, дата контрольного визита. Отмечаются данные о выданной справке, листке нетрудоспособности, проставляются фамилия и подпись врача акушера-гинеколога и заведующего отделением.

21. В форму № 003-1/у вклеиваются форма информированного добровольного согласия беременной женщины на проведение операции (процедуры) искусственного прерывания нежелательной беременности, копии результатов обследования с датами и при наличии направления копии других документов, которые подтверждают показания для прерывания беременности.

22. Форма № 003-1/у заполняется шариковой ручкой разборчивым почерком. Исправление или замазывание неверно заполненных данных не допускаются.

23. На женщин, госпитализированных для прерывания беременности в сроке после 22 недель, заполняется форма № 096/у «История родов».

24. После выписки форма № 003-1/у передается в кабинет медицинской статистики, обрабатывается и направляется в архив.

25. В случае ведения формы № 003-1/у в электронном формате, она должна включать все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе информации.

26. Срок хранения формы № 003-1/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____</p> <p>Идентификационный код                    </p>	<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b></p> <p>Форма первичной учетной документации <b>№ 003 - 2/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</p> <p>  0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41  </p>
<p><b>КАРТА</b> <b>больного дневного стационара, стационара на дому</b></p>	
<p>Фамилия, имя, отчество больного _____</p> <p>Дата рождения                     число, месяц, год</p> <p>Домашний адрес _____</p> <p>_____</p> <p>Место работы, должность _____</p> <p>Начало лечения: _____</p> <p>Окончание лечения: _____</p> <p>Диагноз: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Код по МКБ-10 _____</p> <p>_____</p> <p>Листок нетрудоспособности № _____ с _____ по _____ трудоспособность восстановлена или продолжает болеть, явка к врачу</p>	

## I. Дневник наблюдения за больным и выполнение назначений

[illegible]

**II. Диагностические обследования**

<b>Назначено (подчеркнуть)</b>	<b>Дата выполнения и подпись</b>
ЭКГ	
Эндоскопические обследования	
Ультразвуковое обследование	
Рентгеноскопия	
Лабораторные исследования	

**III. Хирургические операции**

Название операции \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата проведения " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.

**IV. Результаты лечения (подчеркнуть)**

Улучшение, ухудшение, без изменений, выздоровление \_\_\_\_\_

Переведен в стационар \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ Г.

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 003-2/у  
«Карта больного дневного стационара, стационара на дому»**

«Карта больного дневного стационара, стационара на дому» (далее – форма №003-2/у) ведется в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Заполняется на каждого больного, который поступает на лечение в дневной стационар, стационар на дому.

Паспортная часть формы №003-2/у заполняется медицинской сестрой из паспорта либо другого документа, удостоверяющего личность.

В разделе I указываются даты осмотра больного лечащим врачом. Записи наблюдения (дневники) производятся в «Медицинской карте амбулаторного больного» (ф. № 025/у) или «Индивидуальной карте развития ребенка» (ф. № 112/у) и др.

В разделе II отмечаются даты выполнения назначенных диагностических обследований. Результаты обследований отражаются в дневниках лечащим врачом и остаются в формах №№025/у, 112/у и др.

В разделе III отмечается дата и название хирургической операции.

После проведенного лечения в разделе IV отражается медицинская эффективность лечения (улучшение, ухудшение, без изменений, выздоровление, перевод в стационар).

Форма № 003-2/у передается в кабинет медицинской статистики учреждения, при котором организован дневной стационар.

В случае ведения формы №003-2/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Срок хранения - 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<div>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</div> <div></div> <div>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма</div> <div></div> <div></div> <div>Идентификационный код</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации</div> <div>№ 010/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ МЗ</div> <div>Донецкой Народной Республики</div> <div>0   2   0   6   2   0   1   5   № 012.1/41</div>
<div>Ж У Р Н А Л</div> <div>записи родов в стационаре</div> <div>Начат " " 20 г.</div> <div>Окончен " " 20 г.</div>	

[illegible]



**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации №010/у**  
**«Журнал записи родов в стационаре»**

1. Форма первичной учетной документации № 010/у «Журнал записи родов в стационаре» (далее – форма № 010/у) является одним из основных документов родильного дома (отделения) независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, содержит сведения о родах, проведенных в стационаре в срок беременности с 22 недель и более, об обезболивании родов, осложнениях у беременных в родах (экстрагенитальные заболевания), о помощи, оказанной во время родов, операции, а также данные о новорожденных (живой, мертвый).

В форму № 010/у заносятся все сведения о родильницах, доставленных в акушерский стационар в III периоде родов (с отметкой в журнале о том, что женщина госпитализирована после рождения ребенка с неотделенным последом).

2. Форма № 010/у прошивается, страницы нумеруются, заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

3. Форма № 010/у ведется в родовой комнате акушеркой под контролем врача, заполняется ручкой разборчивым почерком.

Неправильно заполненные данные зачеркиваются, делается запись «аннулировано», ставятся подписи лиц, сделавших запись, и заведующего отделением, скрепляется печатью учреждения здравоохранения.

4. Графы 1-6: дата и время поступления в родильный зал, номер истории родов, фамилия, имя, отчество, возраст, место проживания заполняются на основании записи в «Истории родов» (форма № 096/у).

Родильница, которая госпитализирована в стационар после рождения ребенка с отделенным последом, в журнал не вписывается. Данные о госпитализации такой родильницы заносятся только в «Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц» (форма № 002/у).

5. Графы 7-10: медикаментозное обезбоживание, осложнения и экстрагенитальная патология, операции или акушерская помощь в родах, дата и время родов заполняются во время пребывания женщины в родильном зале.

6. В графе 11 при регистрации многоплодных родов сведения о новорожденных заполняются отдельными строками на каждого из новорожденных.

7. В графе 12 указывается отделение, в которое после родов направлена родильница (новорожденный).

8. В графе 13 разборчиво указываются фамилия, имя и отчество врача, акушерки, которые принимали роды, и их подписи.

9. В случае ведения формы № 010/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

10. Срок хранения формы № 010/у – 50 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ _____ Идентификационный код		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 026/y</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ  Донецкой Народной Республики <b>0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41  </b>			
<b>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА</b> <b>(для школы, школы-интерната, школы-лицея, детского дома, детского сада)</b>					
Класс (заполняется ежегодно) группа		Аллергия (вакцинальная, лекарственная, пищевая), аллергические заболевания			
Фамилия, имя, отчество ребенка _____ _____ Дата рождения _____ Пол: м. - 1, ж. – 2 <input type="checkbox"/> (число, месяц, год)					
Адрес _____ _____ Телефон _____					
Учреждение здравоохранения, которое обслуживает _____ Телефон _____					
Сведения о родителях:					
	Ф.И.О.	Год рождения	Образование	Место работы	Телефон
Отец					
Мать					
а) жилищно-бытовые условия _____ б) семейный анамнез (заболевания) _____ _____					
<b>ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ:</b>					
Спорт (да, нет, вид спорта) _____ Иностранный язык (да, нет) _____ Музыка (да, нет) _____ Другие занятия _____					
<b>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ БОЛЕЗНИ:</b>					
	Дата		Дата		
Корь		Инфекционный			
Коклюш		гепатит			
Скарлатина		Дизентерия			
Дифтерия		Брюшной тиф			
Ветряная оспа		Туберкулез			
Инфекционный паротит		Ревматизм			
Краснуха					

## СВЕДЕНИЯ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, САНАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

[illegible]

	Дата	Диагноз
Травмы		
Операции		

## ПРОПУСКИ ИЗ-ЗА БОЛЕЗНИ

[illegible]

СВЕДЕНИЯ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Диагноз	Взят на учет (дата)	Снят с учета, причина (дата)	Контроль посещений специалиста			
			Назна- чено	Посетил	Назна- чено	Посетил

Дата	Данные осмотра	Рекомендации
1	2	3



[illegible]

Данные флюорографических (рентгеновских) исследований		Данные лабораторных исследований				
Дата	Результат	Анализы	Дата	Результат		
		Крови				
		Мочи				
		Кала				
ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИЯ						
Дата						
Результат						
Дата						
Результат						
САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА						
Дата						
Формула						
Результат						
Дата						
Формула						
Результат						
Дата						
Формула						
Результат						

# ДАННЫЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

1. Дата обследования				
2. Возраст ребенка				
3. Класс, группа				
4. Рост				
5. Вес				
6. Артериальное давление				
7. Субъективные жалобы				
8. Осмотры: педиатром				
9. Ревматологом				
10. Ортопедом (хирургом)				
11. Офтальмологом				
12. Отоларингологом				
13. Невропатологом				
14. Дерматологом				

15. Логопедом				
16. Стоматологом				
17. Оценка физического развития				
18. Заключение о состоянии здоровья				
19. Группа для занятий физической культурой				
20. Рекомендации				

**Подписи врачей** \_\_\_\_\_  
(педиатр, специалисты) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ДАННЫЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

[illegible]

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ С УКАЗАНИЕМ  
МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ**

Дата	Рекомендации

**РЕКОМЕНДАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ**

Дата	Вид спорта	Вывод

**ДАННЫЕ ТЕКУЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**

Дата	Данные осмотра	Диагноз	Назначения

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 026/у  
«Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната,  
школы-лицея, детского дома, детского сада)»**

1. Эта инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 026/у «Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, школы-лицея, детского дома, детского сада)» (далее – форма № 026/у).

2. Форма № 026/у заполняется на каждого ребенка, который находится в учебно-воспитательном заведении, и характеризует состояние здоровья и лечебно-профилактические мероприятия, которые проводились в период пребывания ребенка в дошкольном учебном заведении, общеобразовательном учебном заведении.

3. Для детей, которые поступили в дошкольные учебные заведения и детские дома, школы-интернаты, форма № 026/у заполняется на основании выписки из формы первичной учетной документации № 112/у «История развития ребенка» (далее – форма № 112/у).

4. На титульной странице формы № 026/у ежегодно записывается класс (группа), в котором находится ребенок, справа отмечаются случаи аллергических реакций у ребенка (на медикаменты, продукты питания, вакцины), аллергические заболевания и тому подобное.

5. Паспортная часть формы № 026/у включает фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, пол, место жительства, сведения о родителях и анамнестические данные на детей, которые поступили в первый класс общеобразовательного учебного заведения, заполняется на основании записей из формы № 112/у медицинскими работниками детских поликлиник/ЦПМСП при проведении углубленного осмотра этих детей.

6. Все другие записи в форме № 026/у делают медицинские работники учебных заведений при проведении текущих, периодических осмотров и противоэпидемических мероприятий.

7. В разделе «Внешкольные занятия» формы № 026/у отмечаются занятия ребенка спортом, музыкой, иностранным языком и тому подобное.

8. В разделе «Перенесенные болезни» отмечаются даты заболеваний перечисленных болезней (корь, коклюш, скарлатина, ветряная оспа, дифтерия, вирусный гепатит, эпидемический паротит, краснуха, брюшной тиф, туберкулез и тому подобное).

9. В разделе «Сведения о госпитализации, травмах, операциях, санаторно-курортном лечении» отмечаются диагноз и дата госпитализации (число, месяц, год).

10. В разделе «Пропуски из-за болезни» отмечаются пропуски в течение всего периода пребывания ребенка в дошкольном учебном заведении, общеобразовательном учебном заведении. Данные заполняются на основании формы первичной учетной документации № 095/у «Справка № \_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I-IV уровней аккредитации, о болезни, карантине и других причинах отсутствия ребенка, который посещает общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение».



11. Информация о детях, которые находятся на диспансерном учете, в форме № 026/у вносится в раздел «Сведения о диспансерном наблюдении», который включает контроль за своевременным посещением специалиста, данные флюорографических и лабораторных исследований, отмечаются дата, результаты осмотра и необходимые рекомендации.

12. В разделе «Дегельминтизация» отмечаются дата и результат лечения гельминтозов у детей.

13. В разделе «Санация полости рта» указываются данные осмотров врача-стоматолога, даты их проведения и результаты санации.

14. В разделе «Данные углубленного медицинского осмотра» отмечаются данные осмотров специалистов, дается оценка физического развития ребенка, записываются вывод о состоянии здоровья и рекомендации специалистов.

15. В разделе «Профилактические прививки» отмечаются данные о проведенных профилактических прививках (вакцинация, ревакцинация) против полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, туберкулеза, краснухи, вирусного гепатита В, кори, паротита, гемофильной инфекции и других с указанием даты, дозы, серии препаратов.

16. В разделе «Профессиональная консультация с указанием медицинских противопоказаний к профессии» указываются медицинские противопоказания к той или иной профессии.

17. В раздел «Рекомендации к занятиям спортом» записываются советы врача о занятиях спортом согласно заключению врачебно-консультативной комиссии.

18. В разделе «Данные текущего медицинского осмотра» отмечаются даты проведения медицинских осмотров, диагнозы, назначения.

19. При переводе ребенка из дошкольного учебного заведения в общеобразовательное учебное заведения, из одного общеобразовательного заведения в другое форма № 026/у передается вместе с личным делом ребенка.

20. В случае ведения формы № 026/у в электронном формате, она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.

21. Срок хранения формы № 026/у – 10 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 028-2/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 № 012.1/41

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
(дата заполнения)

Наименование и адрес учреждения здравоохранения, в котором заполнено направление

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_ 3. Местожительство \_\_\_\_\_

4. Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(наименование документа)

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Кем (наименование учреждения, выдавшего документ) \_\_\_\_\_

5. Диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке беременности от 12 до 22 недель (указать срок беременности, название болезни, форму, стадию, степень болезни, примечания)

*Копии результатов и даты обследования (прилагаются).*

*Копии документов, которые удостоверяют основания для прерывания беременности (прилагаются).*

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись)

Заведующий женской консультацией  
городской/районный акушер-гинеколог

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 028-2/у «Направление  
на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по  
определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от  
12 до 22 недель»**

1. Форма № 028-2/у «Направление на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель» является одним из основных документов, содержащих показания к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (далее - форма № 028-2/у).

2. Форма № 028-2/у заполняется врачом женской консультации на основании данных наблюдения и обследования беременной в Индивидуальной карте беременной и родильницы (форма № 111/у).

3. При заполнении формы № 028-2/у врач женской консультации указывает наименование и адрес учреждения, выдавшего форму № 028-2/у, сведения о беременной, направленной на Комиссию, подробно записывает диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель.

4. Форма № 028-2/у заполняется ручкой, разборчивым почерком. Исправления или замазывания неверно заполненных данных не допускаются.

5. Копии результатов и даты обследования, копии документов, подтверждающих основания для прерывания беременности, прилагаются к форме № 028-2/у.

6. В случае ведения формы № 028-2/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
№ 028-3/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № 012.1/41

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

**Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата заполнения)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_ 3. Место жительства \_\_\_\_\_

4. Заключительный клинический диагноз \_\_\_\_\_

(указать срок беременности, название болезни, форму, стадию, степень тяжести болезни, примечания)

5. Показания и основания для прерывания беременности \_\_\_\_\_

Председатель комиссии \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество разборчиво) (подпись)

Члены комиссии \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 028-3/у «Заключение**  
**№ \_\_\_\_ Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики**  
**по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке**  
**от 12 до 22 недель»**

1. Форма № 28-3/у «Заключение № \_\_\_\_ Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель» является одним из основных документов, содержащих сведения об определении показаний к искусственному прерыванию беременности, срок которой составляет от 12 до 22 недель (далее – форма № 028-3/у).

2. Форма № 028-3/у заполняется секретарем Комиссии на основании данных наблюдения и обследования беременной, изложенных женской консультацией в Направлении на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности, сроком от 12 до 22 недель (форма № 028-2/у), и копий документов, подтверждающих основания для искусственного прерывания беременности в определенный срок.

3. При заполнении формы № 028-3/у указывается адрес учреждения, в котором она составлена, сведения о беременной, направленной на Комиссию, подробно записывается заключительный клинический диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель.

4. Форма № 028-3/у заполняется ручкой, разборчивым почерком. Исправления или замазывания неверно заполненных данных не допускается.

5. В случае ведения формы № 028-3/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Срок хранения формы № 028-3/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, производства, учреждения, организации, в сферу управления которого входит учреждение здравоохранения

Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма

Идентификационный код

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 030-1/y

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0 2 0 6 2 0 1 5 № 012.1/41

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА

диспансерного наблюдения за больным с расстройствами психики и поведения  
и расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ

1. Фамилия, имя, отчество больного

2. Номер медицинской карты амбулаторного больного

3. Место жительства

4. Пол: мужской – 1, женский – 2

5. Дата рождения

(число, месяц, год)

6. Взят под наблюдение:

6.1. Впервые в жизни

6.2. Дата взятия

(число, месяц, год)

6.3. Повторно

6.4. Дата взятия

(число, месяц, год)

7. Заболевание, по поводу которого больной взят под наблюдение

Код диагноза по МКБ-10

8. Заболевание, по поводу которого больной снят с наблюдения

Код диагноза по МКБ-10

Дата снятия

(число, месяц, год)

9. Причина прекращения наблюдения по решению ВКК или лечащего врача: выздоровление лица или такое изменение состояния психического здоровья, которое не требует систематического наблюдения врачом-психиатром (другими специалистами психиатрического учреждения) - 1; принятие судом решения об отказе в продолжении оказания лицу (в том числе несовершеннолетнему лицу в возрасте до 15 лет) амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке, если лицо или его законный представитель не согласны с продолжением диспансерного наблюдения - 2; отказ лица или его законного представителя от продолжения диспансерного наблюдения и отсутствие оснований для оказания психиатрической помощи в принудительном порядке - 3; смена места постоянной регистрации лица или его смерть (самоубийство, несчастный случай, соматические заболевания, включая инфекционные) - 4; смерть непосредственно от психического расстройства - 5

10. Семейное положение

11. Образование

12. Занятость (подчеркнуть): учится, не учится, работает по специальности, не по специальности, не работает

12.1. Место работы, учебы

12.2. Специальность





## **ИНСТРУКЦИЯ**

### **по заполнению формы первичной учетной документации № 030-1/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения за больным с расстройствами психики и поведения и расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ»**

1. Эта инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 030-1/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения за больным с расстройствами психики и поведения и расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ» (далее – форма № 030-1/у).

2. Форма № 030-1/у является основным документом для учета диспансерных больных указанных категорий, включает сведения о каждом лице, которое находится под диспансерным наблюдением, предназначена для амбулаторного наблюдения и контроля за посещением и лечением больных с расстройствами психики и поведения, расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ.

3. Форма № 030-1/у заполняется в учреждениях здравоохранения на каждого больного с расстройствами психики, который взят под диспансерное наблюдение психиатрическими (психоневрологическими), наркологическими учреждениями здравоохранения, другими учреждениями здравоохранения, которые имеют в своем составе специализированные психоневрологические, наркологические центры, кабинеты, отделения.

4. Форма № 030-1/у заполняется врачом-психиатром, комиссией врачей-психиатров, врачом-наркологом, комиссией врачей-наркологов после принятия решения о диспансерном наблюдении или получении решения суда о назначении амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке на основании формы первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № \_\_\_\_» (далее – форма № 025/у) и формы № 112/у «История развития ребенка» (далее – форма № 112/у).

5. Заполненные формы № 030-1/у хранятся у каждого участкового врача-психиатра, врача-нарколога соответствующего учреждения здравоохранения и используются для оперативной повседневной работы, контроля за систематичностью посещений больными учреждения здравоохранения и непрерывностью лечения.

6. В форме № 030-1/у отмечаются сведения о больных на момент ее заполнения. На протяжении длительного диспансерного наблюдения в случае любых изменений данные вписываются в форму № 030-1/у в соответствующие пункты: изменение диагноза - в пункт 14, изменение места работы или другие изменения статуса больного - в пункты 9, 10, 11 и т.п..

7. В пункте 1 формы № 030-1/у отмечаются фамилия, имя, отчество больного.

8. В пункте 2 указывается номер формы № 025/у или формы № 112/у.

9. В пункте 3 отмечается местожительство больного на основании паспортных данных; в случае, если пациентом является ребенок – отмечается местожительство его родителей или других законных представителей. Если лицо проживает не по месту регистрации, необходимо дополнительно указать фактическое место проживания.



Для больных без определённого местожительства делается соответствующая запись «без определенного местожительства».

Для больных, которые постоянно проживают в психоневрологических интернатах и находятся под наблюдением психоневрологического диспансера, в районе обслуживания которого находится интернат, указывается его адрес.

10. В пунктах 4, 5 отмечаются пол больного и дата его рождения (число, месяц, год).

Заполнение даты рождения: например, если лицо родилось 10 июля 1990 года, в квадратах следует проставить 10071990.

Если установить точную дату рождения невозможно, записывается ориентировочный год рождения.

11. Если больной взят под диспансерное наблюдение впервые в жизни или повторно, делается соответствующая запись в подпунктах 6.1 или 6.3 пункта 6, а в подпунктах 6.2 или 6.4 пункта 6 отмечается дата, когда больной взят под наблюдение этим психоневрологическим (наркологическим) учреждением. При невозможности установить точную дату взятия под диспансерное наблюдение, указывается ориентировочный год.

12. В пункте 7 указывается диагноз заболевания, по поводу которого больной взят под наблюдение, с указанием кода диагноза согласно МКБ-10.

13. В случае, когда диспансерное наблюдение прекращается, в пункте 8 отмечается диагноз, с которым больной снимается с диспансерного наблюдения, код по МКБ-10, дата (число, месяц, год) прекращения наблюдения.

14. В квадрате пункта 9 соответствующей цифрой отмечается причина прекращения наблюдения по решению врачебно-консультативной комиссии или врача, осуществляющего наблюдение: выздоровление, стойкое улучшение со снятием диагноза психического расстройства; передача под наблюдение в другое психоневрологическое учреждение здравоохранения; изменение места проживания; лишение свободы по решению суда; отсутствие сведений о лице на протяжении года; смерть (в результате самоубийства, несчастного случая, соматического заболевания включая инфекционное; смерть непосредственно от психического расстройства с указанием кода по МКБ-10 или вписывается другая причина.

15. В пункте 10 отмечается семейное положение больного: никогда не был в браке, находится в браке официально, в гражданском браке, в разводе, вдовец.

16. В пункте 11 отмечаются сведения о полученном образовании: не учился, учился в школе для умственно отсталых (количество классов), количество законченных классов средней школы, среднее, среднее специальное, незаконченное высшее (количество курсов), высшее образование.

17. В пункте 12 отмечается занятость больного: учится, не учится, работает по специальности, не по специальности, не работает.

18. В подпункте 12.1 пункта 12 указывается место работы на момент взятия под наблюдение: наименование предприятия, учреждения, организации; для учеников и студентов - место обучения (общеобразовательное учебное заведение, специальное учебное заведение, высшее учебное заведение и т.п.). Если больной учился или учится в школе для умственно отсталых, необходимо указать наименования этого учреждения и сколько классов закончил на момент заполнения формы № 030-1/у.

19. В подпункте 12.2 пункта 12 отмечается, преимущественно какой работой занят больной: физической или умственной, указывается его специальность.

20. В пункте 13 отмечаются диагноз расстройства психики или поведения, в том числе и вследствие употребления психоактивных веществ, установленный впервые в жизни, код по МКБ-10, дата установления диагноза: число, месяц, год. Датой впервые в жизни установленного диагноза считается тот день, когда врачом любого учреждения здравоохранения у больного впервые были выявлены клинические признаки расстройства психики или поведения, в том числе и вследствие употребления психоактивных веществ.

21. При длительном пребывании больного под диспансерным наблюдением возможен пересмотр диагноза один или несколько раз. В этом случае вписываются диагноз (пункт 14), его код по МКБ-10, а в подпунктах 14.1 и 14.2 пункта 14 проставляется дата (число, месяц, год) при каждом изменении диагноза.

22. Пункт 15 заполняется на больных, которым психиатрической медико-социальной экспертной комиссией (далее - МСЭК) определена группа инвалидности, указывается группа инвалидности, а в подпункте 15.1 пункта 15 отмечается дата установления инвалидности. В последующем, если больной направляется на МСЭК для переосвидетельствования, записываются дата переосвидетельствования, установленная группа, а в случае изменения группы - дата установления новой группы (подпункт 15.2 пункта 15). В случае установления инвалидности ребенку, вписывают «ребенок-инвалид».

23. В пункте 16 указывается дата установления опеки.

24. В пункте 17 отмечаются совершенные больным общественно опасные действия (если таковые имели место). Общественно опасными действиями являются все случаи нарушений закона, которые стали причиной досудебного (судебного) следствия, если эти действия были совершены после появления расстройств психики и поведения. В подпунктах 17.1, 17.2 пункта 17 указываются даты их совершения.

25. В пункте 18 отмечается, кем направлен больной в это учреждение здравоохранения для диспансерного наблюдения.

26. В пункте 19 указываются мероприятия лечебно-профилактического и консультативного характера, назначенные врачом, который наблюдает больного, с указанием даты проведенного мероприятия; осмотры специалистов с указанием специальности (подпункт 19.1 пункта 19), например: терапевт, дата осмотра, невропатолог, дата осмотра и т.п.. В подпункте 19.2 пункта 19 - проведенные лабораторные, функциональные и инструментальные обследования. В подпункте 19.3 пункта 19 - оформление в дома-интернаты, трудоустройство и т.п..

27. В пункте 20 отмечаются госпитализации в психиатрические (наркологические) стационары, дневные психиатрические (наркологические) стационары учреждений здравоохранения, специализированные больницы. Данные вносятся в хронологическом порядке с записью вида лечения, даты каждой госпитализации и даты выписки из стационара, кода заключительного диагноза по МКБ-10, установленного в стационаре. В случае госпитализации больного в принудительном порядке или по решению суда код диагноза отмечается красным цветом.

28. Пункт 21 предназначен для контроля посещений врача больным, в него записываются даты плановых и фактических посещений.

29. В конце формы № 030-1/у врач, у которого больной находится под диспансерным наблюдением, вносит свою фамилию, имя, отчество, подпись, отмечает дату заполнения.

30. Данные формы № 030-1/у используются для составления форм отчетности: № 10 «Отчет о заболевании лиц с расстройствами психики и поведения за 20\_\_\_\_ год», № 11 «Отчет о заболевании лиц с расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ за 20\_ год», № 12 «Отчет о заболеваниях, зарегистрированных у больных, которые проживают в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения, за 20\_ год».

31. В случае ведения формы № 030-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

32. Срок хранения формы № 030-1/у - 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения			<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 032/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики   0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма											
Идентификационный код	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

**ЖУРНАЛ**  
**записи родовой помощи на дому**

Начат « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации**  
**№ 032/у «Журнал записи родовой помощи на дому»**

Форма первичной учетной документации № 032/у «Журнал записи родовой помощи на дому» (далее – форма № 032/у) предназначена для учета родов (поздних аборт), которые состоялись за пределами родильного стационара (на дому, в машине скорой медицинской помощи, другом месте) при сроке беременности с 22 недель и больше, независимо от того, была ли в дальнейшем госпитализирована роженица и новорожденный (плод) в родильный стационар или нет.

Форма № 032/у ведется в фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях, станциях скорой медицинской помощи, других медицинских учреждениях, персонал которых принимал роды или оказывал медицинскую помощь, проводил наблюдение за роженицей в послеродовом периоде. Форма № 032/у ведется вышеуказанными учреждениями независимо от количества родов вне родильного стационара.

На титульном листе формы № 032/у обязательно указываются наименование медицинского учреждения, дата (число, месяц, год) его начала и окончания. Форма № 032/у должна быть прошита, пронумерована, скреплена подписью руководителя и печатью учреждения.

Записи в форму № 032/у заносятся медицинским персоналом, который оказывал медицинскую помощь непосредственно во время родов в послеродовом периоде (если роды состоялись за пределами родильного стационара), осуществлял наблюдение на дому за роженицей и новорожденным (плодом) в случаях, когда они не были госпитализированы в родильный стационар.

Если персонал скорой медицинской помощи только транспортировал родильницу и новорожденного (плод) в родильный стационар, а роды были приняты персоналом учреждения, который вызвал бригаду скорой медицинской помощи, то запись в форме № 032/у проводится только персоналом этого учреждения и не проводится персоналом скорой медицинской помощи.

На каждый случай родов в форме № 032/у отводится одна страница.

В графе 1 «№ п/п» проставляется порядковый номер родов, начиная с первого дня от начала ведения формы № 032/у.

Графа 2 «Фамилия, имя, отчество» и графа 3 «Постоянное место жительства» заполняются на основании записей в паспорте роженицы (родильницы). В случаях, когда роды проходят в месте, которое не совпадает с указанным в паспорте адресом проживания, тогда, кроме постоянного места жительства, необходимо указать полный адрес, по которому фактически проходили роды.

В графе 4 «Дата родов (число, месяц, год, часов, минут)» данные вносятся арабскими цифрами.

В графе 5 необходимо вписать кем была оказана помощь в родах: фамилия врача, акушерки, фельдшера.

В графе 6 подробно описывается течение родов и оказанная медицинская помощь.

В графе 7 делается запись о родах в зависимости от срока беременности:

- Преждевременные роды – (от 28 до 37 полных недель);
- В срок – (от 37 до 42 полных недель);
- Запоздалые – (от 42 полных недель и больше).

При заполнении сведений о новорожденном необходимо придерживаться следующих требований:

- В графу 8 вносятся данные о новорожденном: «жив.» – Живой, «мерт.» – Мертвый, «дон.» – Доношенный, «недон.» – Недоношенный, а также о его весе при рождении (в граммах).

В графе 9 указывается пол новорожденного (плода): «муж.» – Мужской, «жен.» – Женский.

В графе 10 указывается рост новорожденного (плода) в сантиметрах.

При многоплодных родах (двойня, тройня и т.п.) сведения о каждом новорожденном в графах 8 - 10 записываются отдельными строками.

В графе 11 указывается проведения профилактики гонобленореи; в графе 12 – отмечается, проведена или не проведена вакцинация против туберкулеза; в графе 13 отмечаются данные о госпитализации в учреждение здравоохранения, роддом (указать куда, дату и время).

В 14 графе проставляются отметки о посещении на дому медицинским персоналом родильницы, если она в дальнейшем после родов не была госпитализирована, а также в случаях, когда родильница была госпитализирована не в первый день родов – до дня ее пребывания дома после родов, включая и день госпитализации. Обязательно указываются число, месяц и время посещения, дается оценка состояния родильницы.

Если роженица во время беременности находилась под наблюдением акушерки фельдшерско-акушерского пункта, то в указанной графе отмечается только дата ее посещения на дому, а сведения о течении послеродового периода заносятся в форму первичной учетной документации № 075/у «Журнал записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта».

В последнюю графу записываются другие необходимые дополнительные данные о роженице и новорожденном, не предусмотренные графами 1 - 14 (например, дата смерти роженицы, новорожденного (плода), дата и номер выданного «Медицинского свидетельства о рождении»).

Данные формы № 032/у используются при составлении «Отчета лечебно-профилактического учреждения» (форма № 20 таблицы 2400 и 2401) и «Отчета фельдшерско-акушерского пункта» (форма № 24 таблицы 2200, 2300, 2400 и 2401).

В случае ведения формы № 032/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Срок хранения формы № 032/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой







Диагноз или повод для направления больного на ВКК	Номер листка нетрудоспособности, справки о временной нетрудоспособности	Количество дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Заключения комиссии (диагноз, направление на стационарное лечение, трудовые рекомендации, число дней продолжения листка нетрудоспособности, справки о временной нетрудоспособности и тому подобное)	Какой раз больной направлен на ВКК	Подпись лечащего врача	Дата направления на МСЭК	Вывод МСЭК
9	10	11	12	13	14	15	16

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 035/у  
"Журнал записи заключений врачебно-консультативной комиссии"**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 035/у "Журнал записи заключений врачебно-консультативной комиссии" (далее - форма № 035/у).

2. Форма № 035/у ведется всеми учреждениями здравоохранения, которые оказывают как амбулаторную, так и стационарную помощь и имеют врачебно-консультативные комиссии (далее - ВКК). Каждая ВКК ведет отдельный журнал.

3. Ответственным за заполнение формы № 035/у является председатель ВКК учреждения здравоохранения.

4. В форме № 035/у регистрируются все больные, которые направлены на ВКК, независимо от повода направления: для продления листка нетрудоспособности, справки о временной нетрудоспособности, направления на МСЭК, решения вопроса по дальнейшему лечению, трудоустройству и тому подобное.

5. В графах 1, 2 отмечаются порядковый номер и дата записи.

6. В графе 3 указываются наименование учреждения здравоохранения, специальность и фамилия врача, который направил больного на комиссию.

7. В графах 4-8 указываются фамилия, имя, отчество больного, год рождения, местожительство больного согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, отмечается местожительство его родителей или других законных представителей), место работы - полностью, профессия (должность). В графе 8 (при переосвидетельствовании больного на МСЭК) дополнительно отмечаются группа инвалидности, процент профессиональной утраты трудоспособности, срок переосвидетельствования.

8. В графе 9 указываются диагноз и повод направления больного на ВКК.

9. В графах 10, 11 отмечаются номер листка нетрудоспособности, справки о временной нетрудоспособности и количество дней нетрудоспособности по данному диагнозу в течение календарного года, в том числе по последнему случаю временной нетрудоспособности.

10. В графе 12 указывается заключение комиссии: диагноз, рекомендации по дальнейшему лечению, трудовые рекомендации, число дней продления листка нетрудоспособности, справки о временной нетрудоспособности, направление на МСЭК, цель направления на МСЭК и тому подобное.

11. В графе 13 указывается кратность направления больного на ВКК по данному заболеванию, травме.

12. В графе 14 отмечается подпись лечащего врача.

13. В графе 15 отмечается дата направления на МСЭК согласно форме № 088/у "Направление на МСЭК".

14. Графа 16 заполняется на основании "Извещения учреждению здравоохранения о решении МСЭК". В графе должны быть указаны сведения о категории и группе инвалидности, с какой даты установлена группа инвалидности и на какой срок.

15. После окончания каждого заседания ВКК вносятся фамилия, имя, отчество и подписи председателя и членов ВКК.

16. Форма № 035/у должна быть пронумерована, прошита, заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

17. В случае ведения формы № 035/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

18. Срок хранения формы № 035/у - 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

**№ 035-1/у****УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

 № **012.1/41****ЖУРНАЛ**

**для регистрации выдачи Заключений Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель**

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 035-1/у «Журнал для**  
**регистрации выдачи Заключений Комиссии Министерства здравоохранения**  
**Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному**  
**прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель»**

1. В «Журнале для регистрации выдачи Заключений Комиссии Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель» (далее – форма № 035-1/у) записывается каждое выданное Комиссией Заключение по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (форма № 028-3/у).

2. Форма № 035-1/у прошивается, страницы нумеруются, заверяется подписью, председателя Комиссии, печатью Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, .

3. Форма № 035-1/у ведется секретарем Комиссии, заполняется ручкой, разборчивым почерком. Неверно заполненные данные зачеркиваются, делается запись «аннулировано», ставятся подписи лица, сделавшего запись, председателя комиссии. Заверяется печатью Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Графы 1 - 4: номер Заключения, дата его выдачи, фамилия, имя, отчество и место жительства пациентки заполняются на основании Заключения Комиссии по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (форма № 028-3/у).

В графе 5 указывается наименование учреждения здравоохранения, направившего пациентку на Комиссию, на основании данных Направления на Комиссию по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (форма № 028-2/у).

5. Графы 6 - 7: заключительный клинический диагноз и шифр по МКБ-10 заполняются на основании Заключения Комиссии по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (форма № 028-3/у).

6. В графе 8: примечание - указывается в какое учреждение здравоохранения выдано Направление на госпитализацию беременной для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель (форма № 002-1/у).

7. В графе 9 ставится подпись секретаря Комиссии.

8. В случае ведения формы № 035-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

9. Срок хранения формы № 035-1/у – 50 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>							
		Форма первичной учетной документации <b>№ 036/y</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики							
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма		<b>0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41  </b>							
Идентификационный код <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

<b>Ж У Р Н А Л</b> <b>регистрации листков нетрудоспособности</b>	
Начат «__»_____20____г.	Окончен «__»_____20____г.

[illegible]

Диагноз первичный или шифр по МКБ-10	Диагноз заключительный или шифр по МКБ- 10	Фамилия, имя, отчество врача, который выдал листок нетрудоспособ ности, его специальность	Фамилия, имя, отчество врача, который закрыв листок нетрудоспособн ости, его специальность	Освобождение от работы		Всего календарных дней освобождения от работы	Отметка о направлении больного в другие учреждения здравоохранения и дата закрытия листка нетрудоспособност и
				с какого числа	по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 036/у**  
**«Журнал регистрации листков нетрудоспособности»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 036/у «Журнал регистрации листков нетрудоспособности» (далее – форма № 036/у).

2. Форма № 036/у заполняется учреждениями здравоохранения, которые оказывают амбулаторную и стационарную помощь и выдают листки нетрудоспособности.

3. Форма № 036/у заполняется младшим специалистом с медицинским образованием учреждения здравоохранения на основании записей лечащего врача в первичной учетной медицинской документации.

4. В графах 2, 3 регистрируются листки нетрудоспособности (первичные и продолжение), которые выданы данным учреждением здравоохранения.

5. В графах 4, 5 регистрируются все листки нетрудоспособности (первичные и продолжение), выданные другим учреждением здравоохранения, но которые были продолжены в данном лечебном учреждении.

6. В графах 6-9 отмечаются фамилия, имя, отчество больного, год рождения, местожительство согласно паспортным данным и место работы.

7. В графе 10-11 отмечаются первичный и заключительный диагноз или шифр по Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

8. В графе 12-13 указываются фамилия, имя, отчество врача, который выдал и закрыл листок нетрудоспособности, его специальность.

9. В графах 14-15 указываются даты освобождения от работы по данному листку нетрудоспособности, а также количество календарных дней освобождения от работы – полностью.

10. В графе 16 делается отметка о направлении больного в другие учреждения здравоохранения.

11. Форма № 036/у должна быть пронумерована, прошита, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

12. Записи в форме № 036/у осуществляются без исправлений. Ошибочная запись зачеркивается, отмечается «запись аннулирована», подписывается председателем врачебно-консультативной комиссии и заверяется печатью учреждения здравоохранения.

13. В учреждениях здравоохранения, которые оказывают амбулаторную и стационарную помощь, форма № 036/у заполняется отдельно в поликлинике и стационаре.

14. В форму № 036/у запрещается вносить неутвержденные сведения.

15. В случае ведения формы № 036/у в электронном формате в ней должна быть отмечена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

16. Срок хранения формы № 036/у – 5 лет.

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>																
		Форма первичной учетной документации																
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма		<b>№ 036-1/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики																
Идентификационный код <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5
0	2	0	6	2	0	1	5											
012.1/41																		

**Ж У Р Н А Л**  
**регистрации справок**  
**о временной нетрудоспособности**

Начат " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

[illegible]

Диагноз первичный или шифр по МКБ-10	Диагноз заключительный или шифр по МКБ- 10	Фамилия, имя, отчество врача, который выдал справку о временной нетрудоспособ ности, его специальность	Фамилия, имя, отчество врача, который закрыв справку о временной нетрудоспособ ности, его специальность	Освобождение от работы		Всего календарных дней освобождения от работы	Отметка о направлении больного в другие учреждения здравоохранения и дата закрытия справки о временной нетрудоспособности
				с какого числа	по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 036-1/у**  
**«Журнал регистрации справок о временной нетрудоспособности»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 036-1/у «Журнал регистрации справок о временной нетрудоспособности» (далее - форма № 036-1/у).
2. Форма № 036-1/у заполняется учреждениями здравоохранения, которые оказывают амбулаторную и стационарную помощь и выдают справки о временной нетрудоспособности.
3. Форма № 036-1/у заполняется младшим специалистом с медицинским образованием учреждения здравоохранения на основании записей лечащего врача в первичной учетной медицинской документации.
4. В графах 2, 3 регистрируются справки о временной нетрудоспособности (первичные и продолжение), которые выданы данным учреждением здравоохранения.
5. В графах 4, 5 регистрируются все справки о временной нетрудоспособности (первичные и продолжение), выданные другим учреждением здравоохранения и, которые были продолжены в этом лечебном учреждении.
6. В графах 6-9 отмечаются фамилия, имя, отчество больного, год рождения, местожительство согласно паспортным данным, место работы или учебы.
7. В графе 10-11 отмечаются первичный и заключительный диагноз или шифр по Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).
8. В графе 12-13 указываются фамилия, имя, отчество врача, который выдал и закрыл справку о временной нетрудоспособности, его специальность.
9. В графах 14-15 указываются даты освобождения от работы по данной справке о временной нетрудоспособности, а также количество календарных дней освобождения от работы – полностью.
10. В графе 16 делается отметка о направлении больного в другие учреждения здравоохранения.
11. Форма № 036-1/у должна быть пронумерована, прошита, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.
12. Записи в форме № 036-1/у осуществляются без исправлений. Ошибочная запись зачеркивается, отмечается «запись аннулирована», подписывается председателем врачебно-консультативной комиссии и заверяется печатью учреждения здравоохранения.
13. В учреждениях здравоохранения, которые оказывают амбулаторную и стационарную помощь, форма № 036-1/у заполняется отдельно в поликлинике и стационаре.
14. В форме №036-1/у запрещается вносить неутвержденные сведения.



15. Форма №036-1/у заполняется отдельно для регистрации выдачи форм первичной учетной документации форм №095/у «Справка №\_\_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I-IV уровней аккредитации, болезни и других причинах отсутствия ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение», №138/у «Справка №\_\_\_\_\_ о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком» и справок по временной нетрудоспособности произвольной формы.

16. В случае ведения формы № 036-1/у в электронном формате в ней должна быть отмечена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

17. Срок хранения формы № 036-1/у - 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</p> <hr/> <p>Идентификационный код</p> <table border="1" data-bbox="739 635 1055 675"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
<p>Форма первичной учетной документации</p> <p><b>№ 039-5/y</b></p> <p><b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</p> <table border="1" data-bbox="1449 635 2011 675"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41	
0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41		

**Д Н Е В Н И К**  
**учета работы рентгенологического отделения (кабинета)**

за \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

--



[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В.Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 039-5/у  
«Дневник учета работы рентгенологического  
отделения (кабинета)»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-5/у «Дневник учета работы рентгенологического отделения (кабинета)» (далее - форма № 039-5/у).

2. Форма № 039-5/у заполняется врачами-рентгенологами на основании записи формы № 050/у «Журнал рентгенологических исследований, магнитнорезонансных томографий».

3. В графе 1 указываются числа месяца, в соответствии с которыми в графы 2-33 вносятся данные по видам исследований, выполненных больным в зависимости от локализации обследованных органов.

4. В графе 2 указывается общее количество рентгенологических исследований, равное сумме данных в графах 4, 13, 20, 27, 30.

5. В графе 3 указывается общее количество магнитнорезонансных томографий (далее – МРТ), равное сумме данных в графах 12, 19, 26, 36.

6. В графе 4 указывается общее число исследований органов грудной клетки.

7. В графах 5-12 отражаются исследования органов грудной клетки по видам рентгенологических обследований, а именно: просвечивание, рентгенограммы (снимки), диагностические, профилактические флюорографии и специальные исследования, в том числе компьютерные томографии и, кроме того, МРТ.

8. В графах 11, 18, 25, 35 в числителе указывается количество проведенных компьютерных томографий, в знаменателе - с использованием контрастных веществ.

9. Данные графы 4 могут равняться сумме чисел граф 5, 6, 8, 9, 10, но не должны быть меньше этой суммы, поскольку при одном исследовании может быть сделано просвечивание, несколько снимков, флюорограмм и т.д.; такие же соотношения графы 13 с суммой граф 14-19; графы 20 с суммой граф 21-26; графы 30 с суммой граф 31-35.

10. В графе 13 указывается общее количество рентгенологических исследований органов пищеварения.

11. В графах 14-19 указываются исследования органов пищеварения по видам рентгенологических обследований.

12. В графе 20 указывается общее количество рентгенологических исследований костно-суставной системы.

13. В графах 21-26 указываются исследования костно-суставной системы по видам рентгенологических исследований.

14. В графе 27 указывается общее количество маммографических исследований.

15. В графе 30 указывается общее количество рентгенологических исследований прочих органов.

16. В графах 31-35 указывается количество исследований других органов по видам рентгенологических исследований.

17. Форма № 039-5/у подписывается врачом-рентгенологом.

18. В случае ведения формы № 039-5/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

19. Срок хранения формы № 039-5/у – 1 год после сдачи годового отчета.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<div>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</div> <div>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div>Идентификационный код<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
	<div>Форма первичной учетной документации</div> <div><b>№ 039-6/y</b></div> <div><b>УТВЕРЖДЕНО</b></div> <div>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</div> <div><div>02062015</div> № <div>012.1/41</div></div>

<b>ДНЕВНИК</b> <b>учета работы эндоскопического отделения (кабинета)</b>	
Начат « _____ » _____ 20____ г.	Окончен « _____ » _____ 20____ г.
<div></div>	

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 039-6/у  
«Дневник учета работы эндоскопического отделения (кабинета)»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-6/у «Дневник учета работы эндоскопического отделения (кабинета)» (далее - форма № 039-6/у).

2. Форма № 039-6/у заполняется врачами-эндоскопистами на основании формы № 046/у «Журнал регистрации эндоскопических исследований» каждым врачом отдельно.

3. В графе 1 указывается число месяца проведения эндоскопического исследования.

4. В соответствии с числами месяца в графы 2 - 37 вносятся данные о видах исследований, проводимых больным в соответствии с локализацией обследуемого органа и перечнем эндоскопических исследований, манипуляций и операций.

5. Количество эндоскопических исследований всего (графа 2) должно быть равно сумме чисел в графах 8, 14, 20, 26, 32.

6. Количество диагностических исследований всего (графа 3) должно быть равно сумме чисел в графах 9, 15, 21, 27, 33.

7. Количество эндоскопических манипуляций всего (графа 4) должно быть равно сумме чисел в графах 10, 16, 22, 28, 34.

8. Количество взятого материала на цитоморфологическое исследование всего (графа 5) должно быть равно сумме чисел в графах 11, 17, 23, 29, 35 и выделяется из соответствующего количества эндоскопических манипуляций - графы 4, 10, 16, 22, 28, 34.

9. Количество эндоскопических операций всего (графа 6) должно быть равно сумме чисел в графах 12, 18, 24, 30, 36. К числу эндоскопических операций относятся: удаление инородных тел, баллонная дилатация сужений пищевода, двенадцатиперстной кишки, толстой кишки, анастомозов, трахеи, бронхов; полипэктомия, абляция аденом, клипирование, стентирование, литотрипсия, эндоскопическая резекция слизистой оболочки, гастростомия, удаление подслизистой опухоли и тому подобное.

10. Количество больных с впервые выявленной онкопатологией (графа 7) должно быть равно сумме чисел в графах 13, 19, 25, 31, 37.

11. Количество эндоскопических исследований - эзофагогастродуоденоскопий (графа 8) должно быть равно сумме чисел в графах 9, 10, 12.

12. В графу 9 вносится общее количество диагностических исследований, выполненных при проведении эзофагогастродуоденоскопий, в графу 15 - при колоноскопии, в графу 21 - при дуоденоскопии, в графу 27 - при бронхоскопии, в графу 33 - при других диагностических обследованиях пациентам, по которым выполнен весь объем работы в рамках одного метода диагностики. Дополнительные эндоскопические манипуляции или эндоскопические операции указываются в графах «Эндоскопические манипуляции» и «Эндоскопические операции» отдельно без повторной записи в других графах.

13. В графе 10 указывается общее количество эндоскопических манипуляций, выполненных при проведении эзофагогастродуоденоскопии, соответственно в графе 16 - при колоноскопии, в графе 22 - при дуоденоскопии, в графе 28 - при бронхоскопии, в графе 34 - при других диагностических обследованиях.

14. В графах 11, 17, 23, 29, 35 указывается общее количество забора материала на цитоморфологическое исследование из общего количества эндоскопических манипуляций.

15. В графах 12, 18, 24, 30, 36 указывается общее количество проведенных эндоскопических операций при отдельных видах исследований.

16. В графе 13, 19, 25, 31, 37 указывается количество больных с впервые выявленной онкопатологией при различных видах эндоскопических исследований.

17. Количество эндоскопических исследований, выполненных при колоноскопии (графа 14), равно сумме чисел граф 15, 16, 18.

18. Количество эндоскопических исследований, выполненных при дуоденоскопии (графа 20), равно сумме чисел граф 21, 22, 24.

19. Количество эндоскопических исследований, выполненных при бронхоскопии (графа 26), равно сумме чисел граф 27, 28, 30.

20. Количество эндоскопических исследований, выполненных при других исследованиях (графа 32), равно сумме чисел граф 33, 34, 36.

21. Форма № 039-6/у подписывается врачом-эндоскопистом.

22. В случае ведения формы № 039-6/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

23. Срок хранения формы № 039-6/у – 1 год после сдачи годового отчета.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p> <hr/> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</p> <hr/> <p>Идентификационный код</p> <table border="1" data-bbox="741 635 1077 675"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
<p>Форма первичной учетной документации</p> <p><b>№ 039-7/y</b></p> <p><b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</p> <table border="1" data-bbox="1473 635 2011 675"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41	
0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41		

<p style="text-align: center;"><b>Д Н Е В Н И К</b> <b>учета работы кабинета (отделения) функциональной диагностики</b></p> <p style="text-align: center;">за « _____ » _____ 20 ____ г.</p>



[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 039-7/у  
«Дневник учета работы кабинета (отделения) функциональной диагностики»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-7/у «Дневник учета работы кабинета (отделения) функциональной диагностики» (далее - форма № 039-7/у).

2. Форма № 039-7/у заполняется врачами функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения, имеющих кабинеты функциональной диагностики, на основании данных формы первичной учетной документации № 047/у «Журнал регистрации функциональных исследований».

3. В графе 1 указываются числа месяца, в соответствии с которыми в графах 2-29 вносятся данные о проведенных функциональных исследованиях.

4. В графе 2 указывается общее количество функциональных исследований всего, равное сумме граф 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28.

5. В графе 3 указывается общее количество функциональных исследований, проводимых амбулаторно, которое равно сумме граф 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29.

6. В случае ведения формы № 039-7/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения формы № 039-7/у - 1 год после сдачи годового отчета.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<div>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</div> <div>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div>Идентификационный код</div>		<div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации</div> <div>№ 039-8/y</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</div> <div>0   2   0   6   2   0   1   5   № 012.1/41</div>
---	--	--

**Д Н Е В Н И К**  
**учета работы кабинета (отделения) ультразвуковой диагностики**  
за 20 г.

[illegible]

Врач по ультразвуковой диагностике \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 039-8/у**  
**«Дневник учета работы кабинета (отделения)**  
**ультразвуковой диагностики»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-8/у «Дневник учета работы кабинета (отделения) ультразвуковой диагностики» (далее - форма № 039-8/у).

2. Форма № 039-8/у заполняется врачами ультразвуковой диагностики на основании формы первичной учетной документации № 048/у «Журнал регистрации ультразвуковых исследований» каждым специалистом отдельно.

3. В графе 1 указываются числа месяца; в графах 4-24 указываются данные по видам ультразвуковых исследований, проводимых больному в соответствии с локализацией исследуемых органов.

4. В графе 2 указывается общее количество всех проведенных ультразвуковых исследований, равное сумме чисел граф 4-8, 13-16, 20-24.

5. В графе 3 указывается количество проведенных ультразвуковых исследований новорожденным и детям раннего возраста (0-2 полных лет).

6. В графе 4 – указываются исследования эхо мозга (детям до 1 года).

7. В графах 5, 6 указываются ультразвуковые исследования щитовидной и молочной желез.

8. В графе 7 указываются ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, куда включаются только исследования сердца.

9. В графе 8 необходимо указывать ультразвуковые исследования органов брюшной полости всего; в графах 9-12 – печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки.

10. В графах 13-15 указываются ультразвуковые исследования почек, предстательной железы и мочевого пузыря.

11. В графе 16 указываются ультразвуковые исследования женских половых органов, в том числе во время беременности (графа 17), из них при беременности до 22 недель (графа 18). Из графы 18 выделяются обнаруженные врожденные пороки (графа 19).

12. В графе 20 указываются ультразвуковые исследования костно-суставной системы.

13. В графе 21 указываются ультразвуковые доплеровские исследования сосудов как крупных магистральных, так и при исследовании кровотока паренхиматозных органов, периферических сосудов и других.

14. У детей в возрасте до 17 лет включительно ультразвуковые исследования в форме № 039-8/у необходимо вести отдельно с учетом исследований у новорожденных, которые можно получить при внесении данных по органам через дробь.

15. В графах 22-23 указываются пункционная биопсия и дренирование по ультразвуковому лучу, интраоперационное ультразвуковое исследование.

16. В графе 24 указываются прочие исследования.

17. Форма № 039-8/у используется при составлении формы отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 \_\_\_\_ год» (таблицы 4115 «Ультразвуковые исследования»).

18. Форма № 039-8/у подписывается врачами ультразвуковой диагностики.

19. В случае ведения формы № 039-8/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

20. Срок хранения формы № 039-8/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Идентификационный код	<p>Форма первичной учетной документации</p> <p><b>№ 039-9/у</b></p> <p><b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</p> <p><b>0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41  </b></p>

**Д Н Е В Н И К**  
**учета работы кабинета (отделения) радионуклидной диагностики**

за \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 039-9/у**  
**«Дневник учета работы кабинета (отделения)**  
**радионуклидной диагностики»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-9/у «Дневник учета работы кабинета (отделения) радионуклидной диагностики» (далее - форма № 039-9/у).
2. Форма № 039-9/у ведется в учреждениях здравоохранения, где есть кабинеты радионуклидной диагностики, заполняется врачами радионуклидной диагностики на основании формы первичной учетной документации № 049-1/у «Журнал регистрации радионуклидных исследований».
3. В графе 1 указываются числа месяца, в соответствии с которыми вносятся данные о проведенных радиодиагностических исследованиях.
4. В графе 2 указывается общее количество радиодиагностических исследований, равное сумме граф 3-7.
5. В графах 3-7 указываются радиодиагностические исследования по видам, а именно: сканирование, функциональные исследования, гамма-сцинтиграфии, радио-иммунологические исследования и другие.
6. В случае ведения формы № 039-9/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.
7. Срок хранения формы № 039-9/у - 1 год после сдачи годового отчета.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____ Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>												
Форма первичной учетной документации <b>№ 044/y</b>  УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>.</td><td>1</td><td>/</td><td>4</td><td>1</td></tr></table>						0	2	0	6	2	0	1	5	0	1	2	.	1	/	4	1
0	2	0	6	2	0	1	5														
0	1	2	.	1	/	4	1														

<b>КАРТА № _____</b> <b>больного, который лечится в физиотерапевтическом отделении</b> <b>(кабинете)</b>														
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____ Лечащий врач _____ Фамилия, имя, отчество _____														
Дата рождения <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Пол: мужской/женский (подчеркнуть) (число, месяц, год)														
Из какого отделения (кабинета) направлен больной _____														
Диагноз _____														
(указать заболевание, по поводу которого														
больной направлен на физиотерапию)														
Жалобы больного _____														
Назначение процедуры лечащим врачом или врачом- физиотерапевтом (подчеркнуть)	Дата	Наименование процедур	Количес тво	Длительность	Доза									
Место проведения процедуры : кабинет, палата, перевязочная, дома (подчеркнуть) виды лечения, кроме физиотерапии (в том числе и медикаментозные) _____														
Эпикриз _____														
Врач-физиотерапевт _____ Дата " ____ " _____ 20__ г.														

В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 044/у**  
**«Карта № \_\_\_\_\_ больного, который лечится в физиотерапевтическом отделении**  
**(кабинете)»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 044/у «Карта № \_\_\_\_\_ больного, который лечится в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» (далее – форма № 044/у).

2. Форма № 044/у ведется во всех учреждениях здравоохранения, которые имеют в своем составе физиотерапевтические отделения (кабинеты).

3. Форма № 044/у заполняется на каждого больного, который принят на лечение.

4. На каждого больного заполняется только одна форма № 044/у независимо от количества и вида назначенных процедур.

5. На титульной странице формы № 044/у указываются: номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, фамилия, имя, отчество больного, дата рождения, пол, диагноз, повод для назначения лечения в физиотерапевтическом отделении (кабинете), жалобы больного, вид, количество, длительность и доза назначенных процедур.

6. В эпикризе врач-физиотерапевт оценивает эффективность проведенного физиотерапевтического лечения, которое удостоверяет своей подписью.

7. На обороте формы № 044/у отмечаются данные о количестве проведенных процедур.

7.1. В графах 1, 2 указываются порядковый номер и дата проведения процедуры.

7.2. В графах 3-5 указываются наименование, доза и длительность процедуры.

7.3. В графах 6, 7 ставится подпись врача (медсестры) и примечания.

8. Данные, которые содержатся в форме № 044/у, являются основанием для заполнения формы отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20\_\_\_\_год» (таблица 4203 «Деятельность физиотерапевтического отделения (кабинета)»).

9. Форма № 044/у подписывается врачом-физиотерапевтом.

10. В случае ведения формы № 044/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

11. Срок хранения формы № 044/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
		Форма первичной учетной документации
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма		<b>№ 046/y</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>
Идентификационный код		Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <b>0   2   0   6   2   0   1   5</b> № <b>012.1/41</b>

<b>Ж У Р Н А Л</b>	
регистрации эндоскопических исследований	
Начат « _____ » _____ 20 _____ г.	Окончен « _____ » _____ 20 _____ г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 046/у**  
**«Журнал регистрации эндоскопических исследований»**

1. Настоящая инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 046/у «Журнал регистрации эндоскопических исследований» (далее - форма № 046/у).

2. Форма № 046/у для регистрации эндоскопических исследований заполняется врачами-эндоскопистами в эндоскопическом отделении (кабинете).

3. При обследовании одного пациента (при одном обращении) несколькими различными методами эндоскопии (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия и т.д.) выдается отдельное врачебное заключение по каждому из методов. Каждое обследование регистрируется под новым порядковым номером с заполнением всех граф формы № 046/у (в случае регистрации всех видов эндоскопических исследований в одной форме № 046/у). Регистрации под отдельным порядковым номером подлежит пациент, которому осуществляется полный объем работы в рамках одного метода диагностики.

4. В графе 1 указываются порядковые номера регистрируемых исследований. Нумерация начинается с 1 января каждого календарного года.

5. В графе 2 указывается дата исследования.

6. В графе 3 полностью указываются фамилия, имя и отчество пациента, место жительства согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, указывается место проживания его родителей или других законных представителей).

7. В графе 4 указывается дата и год рождения пациента.

8. В графе 5 указываются наименование и местонахождение учреждения здравоохранения (его подразделения), которое направило больного на исследование.

9. В графе 6 указывается номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного.

10. В графе 7 вписывается вид исследования (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия и т.д.) при регистрации всех видов эндоскопических исследований в одной форме № 046/у.

11. В графе 8 указываются проведенные эндоскопические манипуляции.

12. В графе 9 указываются проведенные эндоскопические операции.

13. Дополнительные эндоскопические манипуляции и операции отмечаются отдельно без повторной записи в других графах.

14. В графе 10 указывается результат обследования.

15. В графе 11 указываются данные о впервые выявленной онкологической патологии, которая подтверждена цитоморфологическим исследованием.

16. Информация о результатах обследования с подписью специалиста, проводившего его, направляется лечащему врачу или выдается лично пациенту.

17. Форма № 046/у является основанием для заполнения формы № 039-6/у «Дневник учета работы эндоскопического отделения (кабинета)».

18. В случае ведения формы № 046/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

19. Срок хранения формы № 046/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>								
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма		Форма первичной учетной документации								
Идентификационный код		<b>№ 046-1/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <b>012.1/41</b>	0	2	0	6	2	0	1	5
0	2	0	6	2	0	1	5			

<b>Ж У Р Н А Л</b> <b>учета технического обслуживания и ремонта эндоскопической аппаратуры</b>	
Начат « _____ » _____ 20 ____ г.	Окончен « _____ » _____ 20 ____ г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 046-1/у «Журнал**  
**учета технического обслуживания и ремонта**  
**эндоскопической аппаратуры»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 046-1/у «Журнал учета технического обслуживания и ремонта эндоскопической аппаратуры» (далее – форма № 046-1/у).

2. Форма № 046-1/у заполняется врачами-эндоскопистами эндоскопического отделения (кабинета).

3. В графе 1 указываются название аппарата, его заводской номер и производитель.

4. В графе 2 указывается дата ввода в работу эндоскопического аппарата.

5. В графе 3 указывается дата поломки эндоскопического аппарата.

6. В графе 4 описывается неисправность, выявленная врачом, а также представителем производителя, изготовившим аппарат.

7. В графе 5 указывается количество проведенных эндоскопических обследований до поломки аппарата.

8. В графе 6 указывается дата отправки эндоскопического аппарата на ремонт, наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество физического лица-предпринимателя), которое проводило ремонт.

9. В графе 7 указывается дата получения из ремонта эндоскопического аппарата.

10. В графе 8 указывается стоимость ремонта.

11. В графе 9 описывается состояние аппарата после ремонта.

12. Срок хранения формы № 046-1/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<u>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</u>		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>																
		Форма первичной учетной документации <b>№ 047/у</b>																
<u>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</u>		<b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики																
<u>Идентификационный код</u> <table border="1" data-bbox="714 635 1055 675"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<table border="1" data-bbox="1449 635 1986 675"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <u>012.1/41</u>	0	2	0	6	2	0	1	5
0	2	0	6	2	0	1	5											

**Ж У Р Н А Л**  
**регистрации функциональных исследований**

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

--



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 047/у**  
**«Журнал регистрации функциональных исследований»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 047/у «Журнал регистрации функциональных исследований» (далее - форма № 047/у).
2. Форма № 047/у заполняется врачами функциональной диагностики учреждений здравоохранения, в составе которых есть кабинеты (отделения) функциональной диагностики.
3. В графах 1, 2 указываются порядковый номер и дата исследования.
4. В графах 3, 4 указываются фамилия, имя, отчество больного, место жительства согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, отмечается место жительства его родителей или иных законных представителей), год и дата рождения пациента.
5. В графе 5 указываются наименование и местонахождение учреждения здравоохранения (его подразделения), которое направило больного на исследование.
6. В графе 6 указывается номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, в графе 7 - диагноз при направлении.
7. В графе 8 указывается вид исследования (ЭКГ, фонокардиография, эхокардиография и т.п.). При обследовании одного больного несколькими различными видами исследования каждое из них указывается отдельной строкой.
8. В графе 9 отражается результат исследования.
9. Информация о результатах обследования за подписью специалиста, который его проводил, направляется лечащему врачу или выдается лично пациенту.
10. В случае ведения формы № 047/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.
11. Срок хранения формы № 047/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 048/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики  0 2 0 6 2 0 1 5 № 012.1/41
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Идентификационный код	

<b>Ж У Р Н А Л</b>	
<b>регистрации ультразвуковых исследований</b>	
Начат «        »        20        г.	Окончен «        »        20        г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 048/у «Журнал**  
**регистрации ультразвуковых исследований»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 048/у «Журнал регистрации ультразвуковых исследований» (далее – форма № 048/у).
2. Форма № 048/у ведется в отделениях (кабинетах) ультразвуковой диагностики и заполняется врачами ультразвуковой диагностики.
3. В графе 1 указывается порядковый номер записи.
4. В графе 2 указывается дата проведения исследования.
5. В графе 3 указываются фамилия, имя, отчество обследуемого, место жительства согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, отмечается место проживания его родителей или других законных представителей).
6. В графе 4 указывается дата и год рождения пациента (детям до 1 года - число месяцев, дней).
7. В графе 5 указывается наименование учреждения здравоохранения (его подразделения), которое направило больного на исследование.
8. В графе 6 отображается номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного.
9. В графе 7 указывается диагноз при направлении.
10. В графе 8 отображается область исследований (органов брюшной полости, сердечно-сосудистой системы, костно-суставной системы, женских половых органов, почек, предстательной железы, мочевого пузыря, доплеровское исследование сосудов и т.д.). Каждая область исследования заполняется отдельной строкой.
11. В графе 9 указывается результат исследования.
12. Форма № 048/у является основанием для заполнения формы первичной учетной документации № 039-8/у. «Дневник учета работы кабинета (отделения) ультразвуковой диагностики за 20 \_\_\_\_ год».
13. В случае ведения формы № 048/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.
14. Срок хранения формы № 048/у - 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<div>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</div> <div></div> <div>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div></div> <div>Идентификационный код<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div>		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
		<div>Форма первичной учетной документации</div> <div><b>№ 049-1/у</b></div> <div><b>УТВЕРЖДЕНО</b></div> <div>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</div> <div><div><div>0</div><div>2</div><div>0</div><div>6</div><div>2</div><div>0</div><div>1</div><div>5</div></div> № <b>012.1/41</b></div>

**Ж У Р Н А Л**  
**регистрации радионуклидных исследований**

Начат « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 049-1/у**  
**«Журнал регистрации радионуклидных исследований»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 049-1/у «Журнал регистрации радионуклидных исследований» (далее – форма № 049-1/у).
2. Форма № 049-1/у заполняется врачами радионуклидной диагностики учреждений здравоохранения, в составе которых есть эти кабинеты (отделения).
3. В графах 1, 2 указываются порядковый номер и дата исследования.
4. В графах 3, 4 указываются фамилия, имя, отчество больного, место жительства согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, отмечается место проживания его родителей или иных законных представителей), год и дата рождения больного.
5. В графе 5 указываются наименование и местонахождение учреждения здравоохранения (его подразделения), которое направило больного на исследование.
6. В графе 6 указывается номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, в графе 7 – диагноз при направлении.
7. В графах 8, 9 указываются вид и результат исследования.
8. В случае ведения формы № 049-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.
9. Срок хранения формы № 049-1/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<u>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</u>		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>																			
		Форма первичной учетной документации <b>№ 050/у</b>																			
<u>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</u>		<b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики																			
<u>Идентификационный код</u> <table border="1" data-bbox="741 635 1077 675"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1" data-bbox="1473 635 2011 675"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41												

**Ж У Р Н А Л**  
**записи рентгенологических исследований, магнитнорезонансных томографий**

Начат « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 050/у**  
**«Журнал записи рентгенологических исследований,**  
**магнитнорезонансных томографий»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 050/у «Журнал записи рентгенологических исследований, магнитнорезонансных томографий» (далее – форма № 050/у).

2. Форма № 050/у ведется во всех учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную помощь и имеющих рентгенологические отделения (кабинеты).

3. Регистрации в форме № 050/у подлежат все лица, направленные для проведения рентгенологических исследований как диагностических, так и с целью профилактики.

4. В графе 1 проставляется порядковый номер исследования.

5. В графе 2 указывается дата исследования.

6. В графе 3 полностью указываются фамилия, имя, отчество обследуемого.

7. В графе 4 указывается место жительства больного согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, отмечается место проживания его родителей или других законных представителей).

8. В графе 5 указывается год и дата рождения больного; у детей до 1 года - число полных месяцев и дней.

9. В графе 6 указывается наименование учреждения, его подразделения, направившего больного на исследование.

10. В графе 7 указывается номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного.

11. В графе 8 указывается диагноз больного при направлении в рентгенологическое отделение (кабинет).

12. В графе 9 указывается область исследования. При одномоментном исследовании двух и более локализаций каждая из них указывается отдельной строкой.

13. В графе 10 указывается дозовая нагрузка, полученная пациентом при рентгенологическом исследовании в мЗВ.

14. В графе 11 указываются проведенные рентгенологические исследования: просвечивание, профилактическая, диагностическая флюорография, диагностическая и профилактическая рентгенография органов грудной клетки, специальные методики, магнитнорезонансная томография. Исследование специальными методиками заполняется полностью (например, ангиография, томография и т.д.); другие исследования вписываются сокращенно путем внесения начальных букв: П – просвечивание, С – снимки. К специальным методам исследования следует относить: рентгеновскую томографию, латерографию, бронхографию, пищеводно-желудочный переход, двойное контрастирование при ирригоскопии, ретроградную

панкреатохолангиографию, функциональную спондилографию шейного и поясничного отделов позвоночника, спецукладки костей черепа, экскреторную урографию, оральную и внутривенную холецистографию, исследование гортани, миелографию, фистулографию, ангиографию, болюсное усиление и контрастирование при компьютерных и магнитнорезонансных исследованиях, рентгенхирургические методики (дуктография, пневмокистография, биопсия молочной железы и др.).

15. В графе 12 указывается количество сделанных снимков, флюорограмм, включая снимки, которые сделаны с использованием специальных методик.

16. В графу 13 вписывается заключение (диагноз), которое заверяется подписью врача-рентгенолога.

17. В графе 14 указывается количество исследований, которое должно соответствовать количеству обследованных лиц, за исключением случаев, когда одновременно обследуются органы двух и более локализаций. Данные формы № 050/у используются при заполнении соответствующего раздела формы отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 \_\_ год».

18. В случае ведения формы № 050/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

19. Срок хранения формы № 050/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



Текущее наблюдение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Результаты лечения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Суммарные дозы в точках и областях учета**


Первичный эффект лечения : выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть (необходимое подчеркнуть).

Лучевые реакции: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Лечащий врач

\_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

## Протокол дистанционного лучевого лечения

Протокол дистанционного лучевого лечения																
Дата	Наименование аппарата	Область облучения	Наименование и номер поля	Номер сеанса для отмеченного поля	Размер поля	РИП или РИО	Мощность дозы на поверхности кожи	Фильтр (Al, Cu)	Формирующие устройства	Угол наклона или колебания источника	Длительность облучения	Доза на поверхности кожи	Дозы очаговые в точках учета			Фамилия, подпись врача
													точка Вл	точка Впр	точка А	
Суммарная доза облучения за курс лечения:																



## Средство введения

Источник облучения

[illegible]

ОС лечения : \_\_\_\_\_



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 051/у**  
**«Карта больного, подлежащего лучевой терапии»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 051/у «Карта больного, подлежащего лучевой терапии» (далее – форма № 051/у).

2. Форма № 051/у заполняется врачами-радиологами учреждений здравоохранения, в составе которых есть радиологические отделения (кабинеты) лучевой терапии.

3. На титульной странице формы № 051/у в пунктах 1-4 указываются номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, фамилия, имя, отчество, возраст и местожительство больного согласно паспортным данным (в случае, если больным является ребенок, отмечается местожительство его родителей или других законных представителей).

4. В пунктах 5, 6 отмечаются дата поступления в отделение (кабинет) и дата начала лучевого лечения, в пунктах 7, 8 – диагноз и анамнез заболевания, в пункте 9 – предыдущее лечение (когда, где, метод лечения и дозы), в пунктах 10, 11 – местный статус и данные лабораторных исследований.

5. В разделе «План лучевого лечения» отмечаются: номер по порядку, дата, наименование метода лучевого лечения, аппарата, изотопа, энергия излучения, число полей, ритм облучения, очаговые дозы, подпись врача-радиолога, текущее наблюдение и результаты лечения.

6. В разделе «Суммарные дозы в точках и областях учета» указываются суммарные дозы облучения в точках и областях учета, отмечаются первичный эффект лечения (выздоровление, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть) и лучевые реакции. Записи заверяются подписями лечащего врача и заведующего отделением.

7. В разделе «Протокол дистанционного лучевого лечения» отмечаются дата, наименование аппарата, область облучения, наименование и номер поля, номер сеанса, размер поля, расстояние источника облучения до поверхности кожи (РИП) или расстояние источника облучения до очага опухоли (РИО), мощность дозы на поверхности кожи, фильтр: Al, Cu (алюминий, медь), формирующие устройства (свинцовые блоки и тому подобное), угол наклона или колебания источника, длительность облучения, доза на поверхности кожи, очаговые дозы в точках учета: точки Вл, Впр, А (точка «Б» левая, точка «Б» правая, точка «А») – опорные точки для расчета дозы при контактной терапии гинекологических больных и фамилия, подпись врача. В конце курса лечения отмечается суммарная доза облучения.

8. В раздел «Протокол лучевой терапии закрытыми или открытыми источниками облучения» вписываются наименование метода, средство введения, источник облучения. Потом по порядку отмечаются дата и время проведения процедуры, количество и активность, область расположения источника, объем или площадь расположения, период полураспада, дистанция к точке учета, мощность дозы, эффективный период полувыведения (Тэф – время эффективности), длительность

облучения, суточная доза, а также поглощающие дозы, в точках учета проставляются фамилия, подпись врача-радиолога и отмечается суммарная доза облучения.

9. После окончания лечения больного форма № 051/у подписывается лечащим врачом и заведующим отделением и до конца отчетного года остается в кабинете лучевой терапии.

10. Форма № 051/у используется при составлении таблицы 4202 «Деятельность радиологического отделения (кабинета) лучевой терапии» формы отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 \_\_\_\_ год».

11. В случае ведения формы № 051/у в электронном формате, она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.

12. Срок хранения формы № 051/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти,  
предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого  
принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения  
здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
№ 063/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

**КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

Взят(а) на учет \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Дата заполнения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Наименование детского учреждения (для организованных детей) \_\_\_\_\_ Участок номер \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

3. Пол: мужской – 1, женский – 2 ☐

4. Почтовый адрес местожительства: Республика \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_, населенный пункт \_\_\_\_\_,  
улица \_\_\_\_\_, дом. № \_\_\_\_\_, корп. № \_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_

5. Проживает в: городе – 1, селе – 2 ☐

Отметки об изменении адреса \_\_\_\_\_

**6. Прививка против туберкулеза**

Вид прививки	Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку (местная)	Медицинские противопоказания (дата, причина)
Вакцинация						
Ревакцинация						

**7. Прививка против полиомиелита**

Вакцинация				Ревакцинация								Медицинские противопоказания (дата, причина)
Воз- раст	Дата	Доза	Серия	Воз- раст	Дата	Доза	Серия	Воз- раст	Дата	Доза	Серия	

**8. Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка**

Вид прививки	Название препарата	Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)
						общая	местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

9. Прививка против кори						
Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)
				общая	местная	

10. Прививка против паротита						
Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)
				общая	местная	

11. Прививка против краснухи						
Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)
				общая	местная	

12. Прививка против гепатита В								
Вид прививки	Название препарата	Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)
						общая	местная	
Вакцинация								

13. Другие прививки								
Вид прививки	Название препарата	Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинские противопоказания (дата, причина)
						общая	местная	

14. Туберкулиновые пробы														
Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат	Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат	Возраст	Дата	Доза	Серия	Результат

Снят с учета (дата) \_\_\_\_\_ Причина \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Заполняется в учреждении здравоохранения при взятии ребенка на учет.  
В случае выезда ребенка из города или района выдается справка о проведении прививки.  
Карта остается в учреждении.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 02.06.2015 № 012.1/41

### **ИНСТРУКЦИЯ**

#### **по заполнению формы первичной учетной документации**

#### **№ 063/у «Карта профилактических прививок»**

Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 063/у «Карта профилактических прививок» (далее – форма № 063/у).

1. Форму № 063/у заполняют медицинские работники учреждений здравоохранения, дошкольных и учебных заведений независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

2. Форма № 063/у заполняется врачом или младшим специалистом с медицинским образованием на каждого новорожденного и на ребенка, который впервые поступает под наблюдение учреждения здравоохранения.

3. В верхнем левом углу формы указывается название министерства, другого центрального органа исполнительной власти, органа местного самоуправления, в сфере управления которого находится учреждение, ответственные лица которого заполняют форму № 063/у, его наименование, адрес и идентификационный код.

4. Обязательно указывается дата заполнения формы № 063/у.

5. Далее указывается наименование детского учреждения (для организованных детей), № участка.

6. В пункте 1 указываются фамилия, имя, отчество ребенка.

7. В пункте 2 указываются в цифровой форме: число, месяц и год рождения.

8. В пункте 3 отмечается пол: мужской – 1, женский – 2 (соответствующей цифрой в клеточке).

9. В пункте 4 указывается местожительство (полный почтовый адрес).

10. В пункте 5 отмечается является ребенок жителем города или села, в случае изменения местожительства вносятся отметки о смене адреса.

11. В пункте 6 «Прививка против туберкулеза» приводятся данные о проведении прививки, а именно: вид прививки – вакцинация или ревакцинация, возраст, дата проведения прививки, доза и серия вакцины, реакция на прививку (местная), медицинские противопоказания (дата, причина).

12. В пункте 7 «Прививка против полиомиелита» отмечаются данные о проведении прививки, а именно: вакцинация или ревакцинация, возраст, дата проведения прививки, доза и серия вакцины; медицинские противопоказания (дата, причина).

13. В пункте 8 «Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка» указываются данные о проведении прививки, а именно: вид прививки – вакцинация или ревакцинация, название препарата, возраст, дата проведения прививки, доза и серия вакцины, реакция на прививку (общая, местная), медицинские противопоказания (дата, причина).

14. В пункте 9 «Прививка против кори» отмечаются такие данные: возраст, дата, доза и серия вакцины, реакция на прививку (общая, местная), медицинские противопоказания (дата, причина).

15. В пункте 10 «Прививка против паротита» указываются данные: возраст, дата, доза и серия вакцины, реакция на прививку (общая, местная), медицинские противопоказания (дата, причина).

16. В пункте 11 «Прививка против краснухи» указываются такие данные: возраст, дата, доза и серия вакцины, реакция на прививку (общая, местная), медицинские противопоказания (дата, причина).

17. В пункте 12 «Прививка против гепатита В» отмечается вид прививки – вакцинация, название препарата, возраст, дата, доза и серия, реакция на прививку (общая, местная), медицинские противопоказания (дата, причина).

18. В пункте 13 «Другие прививки» указываются такие данные: вид прививки, название препарата, возраст, доза, серия, реакция на прививку (общая, местная), медицинские противопоказания к прививкам (дата, причина).

19. В пункте 14 «Туберкулиновые пробы» отмечаются такие данные: возраст, дата, доза и серия препарата, результат после проведения туберкулиновых проб.

20. В конце формы № 063/у ответственное лицо указывает причину снятия с учета, дату и удостоверяет запись своей подписью.

21. Карты хранятся в специальной картотеке учреждения здравоохранения, где их распределяют по месяцам следующей прививки, что обеспечивает ежемесячный учет детей, которые подлежат активной иммунизации.

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

23. Форма № 063/у должна быть четко и разборчиво заполнена. Исправление ошибок подтверждается подписью лица, которое ее заполняет, с указанием даты внесенных изменений. Ответственным за информацию, содержащуюся в форме № 063/у, является заполнившее ее лицо.

24. В случае ведения формы № 063/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

25. Срок хранения учетной формы № 063/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной  
власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления  
которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес)  
учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 064/y

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

**Ж У Р Н А Л**  
**учета профилактических прививок**

Начат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации**  
**№ 064/у «Журнал учета профилактических прививок»**

Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 064/у «Журнал учета профилактических прививок» (далее – форма № 064/у).

1. Форму № 064/у заполняют ответственные лица учреждений здравоохранения и учебных заведений независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

2. Форма № 064/у заполняется врачом или младшим специалистом с медицинским образованием указанных учреждений.

3. В верхнем левом углу формы указывается название министерства, другого центрального органа исполнительной власти, органа местного самоуправления, в сфере управления которого находится учреждение, ответственные лица которого заполнили форму № 064/у, его наименование, адрес и идентификационный код.

4. Обязательно указывается дата начала и окончания формы № 064/у.

5. В графе 1 указывается порядковый номер записи.

6. В графе 2 отмечается фамилия, имя, отчество.

7. В графе 3 вписывается год рождения.

8. В графе 4 отмечается местожительство лица, которому проведена профилактическая прививка.

9. В графе 5 отмечается место работы или учебы.

10. В графе 6 указывается название препарата (вакцина, анатоксин и др).

11. В графах 7, 8 указываются вид прививки – вакцинация или ревакцинация и методика прививки – подкожно, внутримышечно и др.

12. В графах 9, 10, 11 указываются данные о прививке, а именно: дата, доза, серия вакцины.

13. В графах 12 указывается реакция после прививки – местная, общая и др.

14. В графе 13 «Примечание» указываются данные об аллергических пробах, которые проводятся перед прививкой, и патологических реакциях на прививку.

15. Форма № 064/у используется также для учета прививок взрослого населения.

16. В зависимости от количества проведенных прививок на каждый вид прививок ведется отдельный журнал или в форме № 064/у выделяются дополнительные листы.

17. Форма № 064/у должна быть заполнена четко и разборчиво. Исправления подтверждаются подписью заполнившего ее лица с указанием даты внесенных изменений. Ответственным за информацию, указанную в форме № 064/у, является лицо, ее заполнившее.

18. В случае ведения формы № 064/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

19. Срок хранения учетной формы № 064/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____  Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____  Идентификационный код _____	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
	Форма первичной учетной документации <b>№ 066-1/y</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <b>0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41  </b>

<b>СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА</b> <b>больного, выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара</b>		
Фамилия, имя, отчество больного _____		
1. Медицинская карта стационарного больного № _____	9. Год взятия на учет психоневрологическим (наркологическим) учреждением здравоохранения _____	16. Причина госпитализации : лечение лечение социально опасного больного принудительное лечение  экспертиза: судебно-психиатрическая военно-врачебная медико-социальная с другой целью
2. Отделение № _____	10. Количество предыдущих госпитализаций _____	17. Год начала расстройства психики и поведения _____
3. Дата госпитализации _____ (число, месяц, год)	11. Дата предыдущей выписки из психиатрического (наркологического) стационара _____	18. Диагноз учреждения здравоохранения, направившего больного _____ _____ _____ _____
4. Местожительство: район _____ город (село) _____ район города _____ улица _____ дом _____, квартира _____  житель: городской, сельский (подчеркнуть) 5. Пол: мужской – 1; женский – 2 <input type="checkbox"/>	12. Госпитализация: первичная в этот стационар повторная  13. Госпитализирован(а) : впервые в жизни повторно повторно в этом году	19. Льготные категории больных : инвалид войны участник боевых действий участник войны ликвидатор аварии на ЧАЭС инвалид вследствие аварии на ЧАЭС инвалид в результате заболевания, связанного с прохождением военной службы репрессированный дети войны
6. Дата рождения _____ (число, месяц, год)	14. Кем направлен больной: психиатрическим (наркологическим) диспансером (кабинетом) дежурным психиатром (наркологом) другое _____	Код диагноза по МКБ-10 _____
7. Дата выписки, смерти _____ (число, месяц, год)	15. Больной поступил в учреждение здравоохранения: из дома переведен из психиатрического (наркологического) стационара переведен из стационара другого профиля доставлен машиной скорой медицинской помощи другое _____	
8. Образование: количество законченных классов средней школы среднее не учился вспомогательная школа для умственно отсталых среднее специальное незаконченное высшее высшее другое _____		

## 20. Результат лечения :

выздоровление  
явное улучшение  
улучшение  
без изменений  
ухудшение  
смерть

## 21. В случае смерти:

непосредственно от расстройства психики и поведения,  
включая те, которые возникли вследствие  
употребления психоактивных веществ  
от соматического заболевания (включительно с  
инфекционным)  
от самоповреждения (самоубийства)  
от несчастного случая  
другое

## 22. Трудоспособность при выписке:

без ограничения  
в связи с психическим состоянием:  
ограниченная  
полностью (стойко) потеряна  
по другим причинам: ограничена, снижена  
потеряна

## 23. Инвалидность в связи с расстройствами психики и поведения

при выписке  
группа  
инвалид-ребенок  
не инвалид

## 24. Выписан:

домой  
в другой психиатрический (наркологический) стационар  
в другой стационар (не психиатрический, не  
наркологический)  
в дом инвалидов  
в учреждения специального лечения  
не выбыл на конец года  
другое

## 25. Проведено койко-дней с момента госпитализации

--	--	--	--

26. Заключительный  
диагноз


Код диагноза по МКБ-10

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

## 27. Сопутствующие расстройства психики и поведения (включая те, которые возникли вследствие употребления психоактивных веществ), попытки суицида


28. Сопутствующие соматические  
заболевания


## 29. Лечение


## 30. Патологоанатомический диагноз


Код диагноза по МКБ-10

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

Лечащий врач

(фамилия, подпись)

Заведующий  
отделением

(фамилия, подпись)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **ИНСТРУКЦИЯ**

### **по заполнению формы первичной учетной документации № 066-1/у «Статистическая карта больного, выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 066-1/у «Статистическая карта больного, выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара» (далее – форма № 066-1/у).

2. Форма № 066-1/у складывается на основании формы первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 003/у).

3. В форме № 066-1/у обязательно заполняется каждый пункт. Исключением является пункт 21, который заполняется в случае смерти госпитализированного лица. Код и диагноз заболевания, которое стало причиной смерти, указываются в пункте 30 «Патологоанатомический диагноз».

При наличии в пункте нескольких вариантов ответа нужную отмечают путем подчеркивания (пункты 8, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

4. Форма № 066-1/у заполняется одновременно с формой № 003/у всеми стационарными психиатрическими, психоневрологическими, наркологическими учреждениями здравоохранения и другими учреждениями здравоохранения, имеющими в своем составе психиатрические, наркологические отделения.

5. Форма № 066-1/у (пункты 1-6) заполняется одновременно с заполнением формы № 003/у в приемном отделении, после чего прикладывается к форме № 003/у и хранится в отделении до выписки больного из стационара или его смерти.

6. В пункте 1 - номер медицинской карты стационарного больного.

7. В пункте 2 - номер отделения, в которое госпитализируется больной.

8. В пункте 3 указывается дата госпитализации, например: 15 января 2012 года отмечается в квадратах как 15012012.

9. В пункте 4 записывается местожительство больного на основании паспортных данных, в случае, если пациентом является ребенок, отмечается местожительство его родителей или других законных представителей, указывается, сельский или городской житель. Если лицо проживает в другом месте, необходимо отметить фактическое местожительство. Для больных без определенного местожительства указывается фактическое местожительство с примечанием «беспризорный».

Для граждан иностранных государств указывается фактическое место регистрации с примечанием «иностранец».

10. В пункте 5 указывается пол больного.

11. В пункте 6 – дата рождения (число, месяц, год).

12. В пункте 7 отмечается дата выписки/смерти больного.

13. В пункт 8 вписываются сведения об образовании. Если имеется среднее неполное образование, в первой строке, кроме подчеркивания, отмечается количество законченных классов.

14. В пункте 9 указывается год взятия под диспансерное наблюдение, если больной находился под диспансерным или консультативным (профилактическим – для наркологических больных) наблюдением к моменту нынешней госпитализации.

15. В пунктах 10-13 учитываются только случаи госпитализации в психиатрические (наркологические) стационары (отделения, койки).

При переводе больного из другого психиатрического (наркологического) стационара (отделения, койки) госпитализация учитывается в пунктах 10-13 как самостоятельная.

16. В пункте 14 отмечается, кем направлено лицо в учреждение здравоохранения.

17. В пункте 15 указывается, откуда поступил больной в учреждение здравоохранения, путем подчеркивания: из дома, переведен из психиатрического (наркологического) стационара, переведенный из стационара другого профиля, доставлен машиной скорой медицинской помощи, другое (вписать).

18. В пункте 16 отмечается основная причина госпитализации: лечение; лечение социально опасного больного; принудительное лечение; другая цель госпитализации, например, для обследования лиц с подозрением на расстройства психики и поведения; экспертиза: судебно-психиатрическая, военно-врачебная, медико-социальная.

19. В пункте 17 указывается, в каком году лицо заболело расстройством психики и поведения. Год, указанный в пункте 18, может отличаться от года взятия под наблюдение (пункт 10), потому что лицо может быть консультируемым у психиатра (нарколога), пролеченным от расстройств психики и поведения, но не взятым под наблюдение.

20. В пункте 18 отмечается диагноз учреждения здравоохранения, направившего больного, с указанием кода диагноза согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

21. В пункте 19 указывается льготная категория больного: инвалид войны, участник боевых действий, участник войны, ликвидатор аварии на ЧАЭС, инвалид вследствие аварии на ЧАЭС, инвалид в результате заболевания, связанного с прохождением военной службы, репрессированный, дети войны.

22. В пункте 20 отмечается результат лечения: выздоровление, явное улучшение, улучшение, без изменений, ухудшение, смерть.

23. В пункте 21 отмечается, что было основной причиной смерти больного: заболевания, которые относятся к расстройствам психики и поведения, включая те, которые возникли вследствие употребления психоактивных веществ; соматическое заболевание; самоповреждение (самоубийство); несчастный случай и тому подобное.

24. В пункте 22 оценивается трудоспособность на момент выписки независимо от инвалидности. Нарушение трудоспособности оценивается по расстройствам психики и поведения, расстройствам психики и поведения вследствие применения психоактивных веществ.

Если трудоспособность ограничена по другим причинам, в строке «по другим причинам» подчеркивается степень ограничения :

- ограничена – может работать на своей работе, но выполняет ее в меньшем (облегченном) объеме;

- снижена – не способен работать на предыдущей работе, требует перевода на другую;

- утрачена – не может производить никакой работы.

25. В пункте 23 отмечается наличие инвалидности вследствие расстройства психики и поведения. Если больной с расстройствами психики и поведения на момент выписки имеет группу инвалидности, то, кроме подчеркивания слова «группа», проставляется соответствующая группа инвалидности (I, II, III).

26. В пункте 24 указано, куда поступает больной после выписки: домой, в другое психиатрическое (наркологическое) учреждение, другой стационар, дом инвалидов, учреждение специального лечения.

Если больной остается в стационаре на 31 декабря проходящего года, в пункте 25 подчеркивается строка "не выбыл на конец года".

27. В пункте 25 указывается количество койко-дней, проведенных больным в психиатрическом (наркологическом) стационаре с момента госпитализации. День госпитализации и день выписки считаются как один койко-день.

28. В пункте 26 отмечаются заключительный диагноз и код диагноза по МКБ-10, которые вписываются лечащим врачом после окончания лечения.

29. В пункте 27 отмечаются расстройства психики и поведения, которые сопровождали основное заболевание, а именно:

- сопутствующие расстройства психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ, если основное заболевание сопровождалось наркологическим расстройством;

- если наркологическое расстройство было основным заболеванием и сопровождалось расстройствами психики и поведения;

- если основное расстройство психики привело к попытке суицида, то вносится соответствующая запись в этот пункт.

30. Пункт 28 заполняется, если расстройства психики или поведения сопровождалось соматическим заболеванием.

31. В пункте 29 отмечаются основные курсы лечения, которые проведены больному в период пребывания в стационаре согласно стандартам лечения.

32. Пункт 30 заполняется в случае смерти больного и направления его на вскрытие для подтверждения диагноза. Врачом-патологоанатомом отмечается основная причина смерти согласно МКБ-10.

33. В форме № 066-1/у обязательно указываются фамилия, имя, отчество и подпись лечащего врача и заведующего отделением.

34. В течение отчетного года форма № 066-1/у хранится в отделе (кабинете) медицинской статистики больницы, а после окончания календарного года используется для составления форм отчетности: № 10 «Отчет о заболевании лиц с расстройствами психики и поведения за 20\_\_\_\_ год», № 11 «Отчет о заболевании лиц с расстройствами психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ за 20\_\_\_\_ год», № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20\_\_\_\_ год».

35. В случае ведения формы № 066-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

36. Срок хранения формы № 066-1/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  Идентификационный код		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>	
		Форма первичной учетной документации  <b>№ 075/y</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <b>0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41</b>	

<p align="center"><b>ЖУРНАЛ</b> <b>записи беременных, состоящих под наблюдением</b> <b>фельдшерско-акушерского пункта</b></p> <p>Начат «_____» _____ 20__ г.      Окончен «_____» _____ 20__ г.</p>	
---	--



Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

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

Адрес \_\_\_\_\_

Срок беременности при взятии на учет \_\_\_\_\_ недель

Какая беременность (№) \_\_\_\_\_

Сведения о предыдущих беременностях: родов \_\_\_\_\_, в том числе преждевременных \_\_\_\_\_;

абортов \_\_\_\_\_

Родилось: живыми \_\_\_\_\_, мертвыми \_\_\_\_\_

Дата взятия на учет |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Дата снятия с учета |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Беременность закончилась родами в срок, преждевременными, абортom (подчеркнуть)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

(число, месяц, год)

Роды произошли (на дому, ФАПе, др. стационаре) \_\_\_\_\_

(наименование)

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 075/у**  
**«Журнал записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта»**

В форму первичной учетной документации № 075/у «Журнал записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта» (далее – форма № 075/у) заносятся сведения только о женщинах, желающих сохранить беременность.

Для каждой беременной отводится две страницы формы № 075/у. Паспортная часть и анамнез первой страницы заполняются в период пребывания беременной под наблюдением, вторая страница, – после окончания беременности на основании данных, которые получены из того учреждения, в котором состоялись роды (аборт).

При каждом обращении беременной на ФАП или при посещении ее на дому акушерка вносит в форму № 075/у короткие сведения о состоянии беременной, результаты общего акушерского обследования и назначения.

Кроме того, в форму № 075/у записываются сведения о направлении беременной к врачу (акушеру-гинекологу, терапевту), результаты обследования беременной, проведенных лабораторных исследований; случаях госпитализации, сведения о переводе беременной на более легкую работу; временное пребывание в дородовом и послеродовом отпуске и тому подобное.

После того, как женщина снята с учета, акушерка заверяет заполненную страницу своей подписью.

Записи в форме № 075/у используются при составлении формы № 024 «Отчет фельдшерско-акушерского пункта».

Примечание: в графе 2 таблицы на стр. 3 делается отметка о врачебных посещениях, если беременная была осмотрена врачом при выезде его на ФАП.

В случае ведения формы № 075/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Срок хранения формы № 075/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого центрального органа исполнительной власти, организации, в сфере управления которых находится учреждение _____ Наименование и местонахождение учреждения, ответственные лица которого заполнили форму _____ Идентификационный код _____	Год _____ Когорта _____ Диспансерная категория _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 081-1/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики от 02.06.2015 № 012.1/41
--	--	--

**Регистрационный номер  
больного**

код республики	Код города ( района)	год	порядковый номер
----------------	----------------------	-----	------------------

## **I. ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОМ**

1.1. ФИО больного _____	1.2. Дата рождения _____ Возраст __ (лет)	1.3. Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
1.4. Место проживания, телефон _____	1.5. Житель <input type="checkbox"/> Г <input type="checkbox"/> С	
1.6. Контактное лицо _____		
1.7. Место работы (учебы) _____		

2.1. Выявлен	<input type="checkbox"/> при обращении	2.3. Дата обращения за мед. помощью (ОЛС)	_____	2.6. Дата регистрации (ЦВКК)	_____
	<input type="checkbox"/> при профосмотре	2.4. Дата обращения за мед. помощью (ТБ)	_____	2.7. Дата госпитализации	_____
2.2. Дата возникновения первых симптомов	_____	2.5. Дата начала лечения ТБ	_____	2.8. Дата выписки из стационара	_____

3.1. <input type="checkbox"/> ВД ТБ	3.3. <input type="checkbox"/> НЛ 1	3.4. <input type="checkbox"/> НЛ 2	3.7. <input type="checkbox"/> Переведен из
3.2. <input type="checkbox"/> Рецидив	3.5. <input type="checkbox"/> ЛПП 1	3.6. <input type="checkbox"/> ЛПП 2	3.8. <input type="checkbox"/> Прочие:

4.1. <input type="checkbox"/> Легочный	4.3. <input type="checkbox"/> Внелегочный
4.2. ДЗ:	4.4. Локализация:

[illegible]



**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учётной документации**  
**№ 081 – 1/у «Медицинская карта лечения больного туберкулёзом ТБ 01»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учётной документации № 081-1/у «Медицинская карта лечения больного туберкулёзом ТБ 01» (далее – форма № 081-1/у).

Форму № 081-1/у заполняет ответственное лицо учреждения здравоохранения, независимо от формы собственности и подчинения, в котором начинается (продолжается по передаче или переводу) лечение больного 1-3 (4.3) категорий, а именно: Республиканской клинической туберкулёзной больницы, гор(рай)тубдиспансеров, тубкабинетов (туботделений) в составе центральных городских (районных) и других больниц, а также ДОТ-кабинетов (пунктов предоставления ДОТ-услуг) в составе Центров первичной медико-санитарной помощи и их структурных подразделений.

2. Форму № 081-1/у заполняют перед началом лечения больного (если решение о его проведении принято /согласовано дистанционно/ центральной врачебно-консультативной комиссией (далее – ЦВКК) Республиканской клинической туберкулёзной больницы (далее – РКТБ) или зональными фтизиатрическими врачебно-консультативными комиссиями (ЗВКК) в составе тубдиспансеров, на которые возложены функции территориальных организационно-методических туберкулёзных центров (далее – ТОМЦ-ТБ). Для первичного заполнения используются данные первичного учетного документа формы № 089/у «Извещение (предварительное/окончательное) о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулёза или его рецидива» или на основании письменного сообщения ЦВКК/ЗВКК о регистрации другого типа повторного случая лечения туберкулёза, который подлежит лечению по 2 (4.3) категории.

3. Первично форму № 081-1/у заполняют на каждого больного туберкулёзом, который начинает противотуберкулёзное лечение в данном учреждении здравоохранения, независимо от фактического места проживания или регистрации больного.

4. В верхнем левом углу формы № 081-1/у указывается министерство (ведомство) Донецкой Народной Республики, в подчинении которого находится учреждение здравоохранения, где впервые заполняется форма № 081-1/у, и название этого учреждения, а также его юридический адрес и идентификационный код.

5. В верхней центральной части формы № 081-1/у указываются год (по дате начала лечения данного случая туберкулёза), когорта (квартал), в которой больной начал лечение (1, 2, 3, 4) и диспансерная категория больного (в соответствии с лечебной категорией). Если в процессе мониторинга лечения категория больного изменяется, делается соответствующая отметка в дополнительной строке с указанием даты изменения.

6. В строке «Регистрационный номер больного» указывается личный универсальный код больного, который состоит из: кода Республики (05), кода города (района) или другого ведомства, где по факту территориально зарегистрирован больной

(коды устанавливаются РКТБ), года взятия на лечение по данному случаю/эпизоду заболевания и порядкового (регистрационного) номера больного в территориальном (ведомственном) «Журнале регистрации случаев туберкулёза в \_\_\_\_\_ (город/район/ведомство) ТБ 03».

7. Под регистрационным номером больного указывается название учреждения здравоохранения, где больной туберкулёзом начинает интенсивную фазу лечения, а также поддерживающую фазу. Если место лечения в той или другой фазе изменяется, в дополнительном поле делаются соответствующие отметки с указанием даты.

8. В разделе I формы № 081-1/у (информация о больном):

8.1. В пункте 1.1 указываются фамилия, имя и отчество больного. Если информация о персональных данных больного является закрытой по требованию других ведомств, по согласованию с ними ЦВКК (РКТБ), может быть применён другой способ идентификации больного.

8.2. В пункте 1.2 указываются в цифровом формате дата рождения (день/месяц/год) и полное число лет.

8.3. В пункте 1.3 в нужном квадрате отмечается пол больного туберкулёзом.

8.4. В пункте 1.4 указывается полный адрес фактического места проживания больного на территории Донецкой Народной Республики, независимо от места его официальной регистрации (последнее указывается дополнительно). Если больной не имеет определённого места проживания на территории Донецкой Народной Республики, то делается отметка «бомж». Также указывается номер личного контактного телефона больного (по его согласию).

8.5. В пункте 1.5 в нужном квадрате ставится отметка о типе места жительства больного (город/село).

8.6. В пункте 1.6 с согласия больного указывается контактное лицо из окружения больного, с которым предполагается поддерживать оперативную связь по вопросам, связанным с лечением и дальнейшей диспансеризацией больного. Для больных из других ведомств в качестве контактного лица может быть указан представитель этого ведомства, ответственного за медицинское обеспечение.

8.7. В пункте 1.7 указывается место работы или учёбы больного (для представителей других ведомств может указываться только название ведомства или согласованный с последним шифр. Либо по решению ЦВКК/ЗВКК используется другая общепринятая отметка).

9. В разделе II формы № 081-1/у (Анамнез болезни):

9.1. В пункте 2.1. в нужном квадрате ставится отметка о способе выявления больного (только для новых случаев и рецидивов) – «при обращении» или «при профосмотре». В число выявленных при профосмотре (диспансерном осмотре) входят не только больные, выявленные с использованием методов лучевой диагностики или плановой туберкулинодиагностики, но и выявленные по результатам проведения активного клинического скрининга (опрос-анкета) при самостоятельном обращении больного в учреждение здравоохранения, если причины такого обращения не были связаны с наличием симптомов туберкулёза.

9.2. В пункте 2.2 указывается цифровым способом (число/месяц/год) время появления у больного первых симптомов заболевания, характерных для туберкулёза соответствующей локализации. В случае необходимости может указываться приблизительная дата (месяц/год).

9.3. В пункте 2.3 указывается дата первого обращения больного за медицинской помощью в общую лечебную сеть (или дата профосмотра) к врачу (фельдшеру) любой специальности, за исключением врача-фтизиатра, по поводу данного случая заболевания. Если больной, минуя этот этап, первично обратился сразу к врачу-

фтизиатру, в данной графе ставится прочерк.

9.4. В пункте 2.4 указывается дата первого контакта больного с врачом-фтизиатром (в тубкабинете, тубдиспансере, РКТБ или при вызове в непрофильный стационар консультанта-фтизиатра).

9.5. В пункте 2.5 указывается дата приёма первой суточной дозы противотуберкулёзных препаратов.

9.6. В пункте 2.6 указывается дата регистрации данного случая туберкулёза на ЦВКК/ЗВКК.

9.7. В пункте 2.7 указывается дата госпитализации больного в тубстационар с указанием сокращённого названия учреждения (РКТБ, ГПТД(Ш), ГПТД(Г) и др.). Здесь же аналогичным образом указываются данные о повторной госпитализации или переводе больного в стационар другого тубучреждения.

9.8. В пункте 2.8 указывается дата выписки (выписок) из тубстационара(ов).

10. В разделе III формы № 081-1/у (Тип случая ТБ по анамнезу) в нужном квадрате (8) ставится соответствующая отметка, а именно:

10.1. Пункт 3.1 (ВДТБ) - если у больного впервые в жизни диагностированный ТБ, или ранее он получал лечение менее 30 дней.

10.2. Пункт 3.2 (Рецидив) - если у ранее излеченного (завершившего полный курс лечения) больного констатируется активизация процесса, подтверждённая бактериологически (позитивный мазок или культура) или молекулярно-генетическим методом (при наличии соответствующей клинико-рентгенологической картины).

10.3. Пункт 3.3 (НЛ 1) - если у больного по решению ЦВКК/ЗВКК констатирована «неудача лечения» предыдущего курса лечения по 1-ой или 3-ей категории.

10.4. Пункт 3.4 (НЛ 2) - если у больного по решению ЦВКК/ЗВКК констатирована «неудача лечения» предыдущего курса лечения по 2-ой категории.

10.5. Пункт 3.5 (ЛПП 1) - если больной привлекается к возобновлению лечения после прерывания предыдущего курса, которое проводилось по 1(3)-ой категории.

10.6. Пункт 3.6 (ЛПП 2) - если больной привлекается к возобновлению лечения после прерывания предыдущего курса, которое проводилось по 2-ой категории.

10.7. Пункт 3.7 (Переведен из ....) - если больной начал назначенный курс лечения по 1-3 (в т.ч. модифицированных по 4.3) категориям за пределами Донецкой Народной Республики и в данный момент берётся на учёт в Донецкой Народной Республики для продолжения лечения (предыдущая форма ТБ 01 прилагается обязательно).

10.8. Пункт 3.8 (Прочие) - если больной, которому назначено лечение по 1-3 (в т.ч. модифицированных по 4.3) категориям, не может быть включен в пункты 3.1 – 3.7 (в т.ч. при отсутствии документальных данных о результатах предыдущего лечения или туберкулёзного анамнеза, а также при рецидивах без подтверждённого бактериовыделения).

11. В разделе IV (Клиническая форма):

11.1. В пунктах 4.1 и 4.3 в нужном квадрате ставится отметка об органной локализации данного случая ТБ (лёгочная или внелёгочная). Если имеет место сочетание обеих локализаций, то маркируются оба квадрата.

11.2. В пункте 4.2 в виде принятой аббревиатуры указывается полный клинический диагноз лёгочного ТБ (например: ВДТБ/15.06.2015/,инф., дестр+, М+, К+, Рез1+/Н/, Рез2/0/, дист0 (2 ког. 2015)).

11.3. В пункте 4.4 указывается локализация внелёгочного ТБ.

12. В разделе V (Результаты исследований) соответствующие данные вносятся в табличную форму, а именно:



12.1. В графе А (не заполняется) по всем строкам указаны стандартные (протокольные) сроки проведения диагностики и мониторинга лечения туберкулёза по 1-3 категориям, которые определяются только количеством принятых суточных доз ПТП (а не календарными сроками их приёма).

12.2. В графе 1 по всем строкам указывается лабораторный номер исследованного образца мокроты (материала) методом бактериоскопии. С учётом обязательной двукратности исследований проставляется: а) номер образца, в котором были обнаружены КСБ, если положительная только одна проба; б) номер первого образца, если обе пробы положительные или отрицательные.

12.3. В графе 2 цифровым способом указывается дата проведения бактериоскопии образцов мокроты (материала), номера которых были указаны в графе 1.

12.4. В графе 3 указывается: а) количественная оценка полученного положительного результата бактериоскопии ( /1+/, /2+/, /3+/ или число КСБ в 100 полях зрения, если оно находится в промежутке 4-9); б) отметка «негат.», если в обоих образцах КСБ не были обнаружены; в) отметка «0», если исследование не проводилось. Данные о результатах бактериоскопии берутся из формы первичной учётной документации № 200-1/у «Направление на микроскопическое исследование ТБ 05» или (для тубучреждений в случае отрицательного результата бактериоскопии из нативного материала) из формы первичной учётной документации № 200-2/у «Направление на бактериологическое исследование ТБ 06».

12.5. В графе 4 по всем строкам указывается лабораторный номер исследованного образца мокроты (материала) культуральным методом. С учётом возможной двукратности посевов проставляются: а) номер образца, из которого получен рост культуры, если положительна только одна проба; б) номер первого образца, если обе пробы дали рост или обе были отрицательные. Данные о результатах культурального исследования берутся из формы первичной учётной документации № 200-2/у «Направление на микроскопическое исследование ТБ 06».

12.6. В графе 5 указывается цифровым способом дата забора образца мокроты (материала), лабораторный номер которого был указан в графе 4.

12.7. В графе 6 указывается дата получения результата посева (по данным лабораторного журнала).

12.8. В графе 7 указываются: а) количественная оценка полученного положительного результата посева ( /1+/, /2+/, /3+/) или число колоний менее 10; б) отметка «негат.», если в обоих посевах не было роста культуры; в) отметка «0», если исследование не проводилось. В скобках после сделанных отметок о результатах посева (а, б, в) указывается аббревиатура использованного метода («Л-Й», если результат получен с плотной среды, и «Б», если с жидкой). Данные о результатах бактериоскопии берутся из формы первичной учётной документации № 200-2/у «Направление на бактериологическое исследование ТБ 06».

12.9. В графах 8-14 указываются данные о проведении и результатах исследований лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулёзным препаратам (далее – ТЛЧ), в т.ч.:

12.9.1. В графе 8 указывается дата забора мокроты (материала) для культуры, из которой проводятся ТЛЧ (обычно должна совпадать с графой 5 по каждой строке).

12.9.2. В графе 9 указывается дата получения результата ТЛЧ (по данным лабораторного журнала), рядом в скобках указывается аббревиатура использованного метода («Л-Й», если результат получен с плотной среды, и «Б», - если с жидкой).

12.9.3. В графах 10-14 по всем строкам в соответствующей позиции ставится отметка «У» в случае подтверждения устойчивости или «Ч» в случае подтверждения

чувствительности к тому или другому противотуберкулёзному препарату 1 ряда (Н – изониазид), R – рифампицин, E – этамбутол, Z – пиразинамид, S – стрептомицин) или 2 ряда (другие, в т.ч. уточнить: Lfx – левофлоксацин, Km – канамицин, Am – амикацин, Ср – капреомицин). Если ТЛЧ к какому-либо препарату 1 ряда не проводилось, в соответствующей позиции ставится отметка «0».

12.9.4. Данные о результатах ТЛЧ берутся из формы первичной учётной документации № 200-2/у «Направление на бактериологическое исследование ТБ 06».

12.10. В графе 15 указывается результат гистологического исследования: а) «гист+» при положительном результате; б) «гист-» при отрицательном результате; в) «0» - если оно не проводилось.

12.11. В графах 16-18 указываются данные рентгенологических исследований, а именно:

12.11.1. В графе 16 по всем строкам (кроме заштрихованных) указывается дата проведения рентгенообследования.

12.11.2. В графе 17 проставляется шифр оценки результата рентгенообследования в динамике по сравнению с предыдущим (отмеченным выше) обследованием: а) «0» - рентгенообследование в указанный контрольный срок не проводилось; б) «1» - динамика положительная; в) «2» - динамика негативная; г) «3» - рентгенкартина без изменений; г) «4» - стабилизация (нет активности процесса).

12.11.3. В графе 18 (CAV+/-) по всем строкам указывается наличие (+) или отсутствие (-) деструкции лёгочной ткани при рентгенообследовании.

12.12. В графе 19 проставляются данные о массе тела больного (в килограммах), полученные на соответствующих этапах клинического мониторинга лечения больного.

12.13. В пункте 5.6 о результатах исследований указываются данные и результаты исследований мокроты (другого материала) молекулярно-генетическим экспресс-методом (аппарат «GeenXpert»), а именно:

12.13.1. Делается отметка в нужном квадрате использованного аппарата «XpertMTB/Rif» (Genotype MTBDRplus).

12.13.2. В специальной строке отмечается дата исследования.

12.13.3. В строке «Результат» отмечается пометкой [✓] полученный результат (МБТ(+), МБТ(-) и Rif(+), Rif(-)).

13. В разделе VI формы № 081-1/у (Категория и схема лечения):

13.1. Помечается отметкой [✓] в соответствующем квадрате лечебная категория больного на момент начала лечения. Если в процессе мониторинга лечения категория изменяется, в свободном правом поле указывается новая категория и дата изменения.

13.2. В пункте 6.1 (таблица) указываются данные о схеме(ах) лечения, которые использовались во время интенсивной фазы, а именно:

13.2.1. В первую строку вносятся данные о первично назначенной стандартной схеме лечения. Строки ниже заполняются при изменениях начальной схемы лечения в пределах 1-3 и 4.3 категорий (по результатам полученных ТЛЧ, из-за побочных реакций или по результатам мониторинга лечения в конце интенсивной фазы).

13.2.2. В первой колонке таблицы указывается дата назначения лечения по данной схеме.

13.2.3. В колонках 2-6 таблицы в каждой строке под каждым названием назначенного препарата (из готового перечня ПТП 1 ряда) указывается назначенная индивидуально суточная доза (в граммах). Под препаратами, которые не включены в схему, ставится прочерк.

13.2.4. При включении в схему лечения (сразу или в процессе) препаратов 2 ряда (в пределах 1-2 и 4.3 категорий) в графах 7 и 8 в верхних пустых клетках таблицы вписываются принятые аббревиатуры (англ.) их названий, а в соответствующей строке

(по дате назначения) под ними указывается назначенная суточная доза (в граммах).

13.2.5. В последней колонке таблицы проставляется назначенное на период интенсивной фазы количество суточных доз ПТП (по каждой из схем). Если сама схема после стандартной ИФ (60 доз) не меняется, а пролонгируется (до 90 или 120 доз), то с указанием даты решения ЦВКК/ЗВКК заполняется следующая строка с тем же набором ПТП, а в последней колонке указывается «до 90» или «до 120», или (в индивидуальных случаях) другое количество.

13.3. В пункте 6.2 (таблица) указываются данные о схеме(ах) и режиме лечения больного в поддерживающей фазе (далее ПФ) или в фазе продолжения моно-режима у больных с моно(поли)резистентностью (категория 4.3), а именно:

13.3.1. Все строки и графы данной таблицы заполняются по аналогии с таблицей для интенсивной фазы лечения и в соответствии с пунктами 13.2.1 – 13.2.5 этой Инструкции (за исключением планового количества доз).

13.3.2. Изначально в последней колонке (плановое количество доз в ПФ) указывается «120», а в случае пролонгации ПФ заполняется строка ниже с указанием даты и уже увеличенного (суммарно) количества доз («до 150» и пр.).

14. В разделе VII формы № 081-1/у указываются данные о зарегистрированных в ходе лечения больных ТБ побочных реакциях на приём противотуберкулёзных препаратов, а именно:

14.1. В первой графе таблицы указывается дата(ы) выявления побочной реакции.

14.2. Во второй колонке таблицы указывается название препарата, с которым связывается реакция.

14.3. В третьей колонке таблицы фиксируются результаты купирования побочной реакции, а именно: а) (+), если реакция купирована и препарат остался в схеме; б) (-), если купирование не удалось, и препарат был исключён из схемы.

15. В разделах VIII и IX последовательно отмечаются все принятые больным суточные дозы назначенных противотуберкулёзных препаратов (в полной схеме лечения) во время интенсивной (раздел VIII) и поддерживающей (раздел IX) фаз лечения.

15.1. В графе 1 таблицы указывается словами название месяца, в котором больной получает лечение. В верхней строке первым должен быть указан месяц, в котором больной получил первую суточную дозу ПТП (даже если эта доза была единственной в этом месяце). В строках ниже последовательно указываются следующие месяцы лечения.

15.2. В графах со 2-ой по 32-ю по всем строкам (одна строка – один месяц) ежедневно ставятся специальные (дифференцированные) отметки о принятии больным препаратов, которые зависят от формата лечения, а именно:

15.2.1. Если в конкретный день больной принял ПТП в присутствии медработника (социального работника) или другого назначенного куратора (ДОТ-формат), в соответствующей клетке ставятся первые буквы Ф.И.О. такого сотрудника (куратора).

15.2.2. Если в конкретный день больной принимал препараты самостоятельно (без непосредственного контроля лиц, перечисленных в пункте 15.2.1), то в соответствующей клетке ставится пометка (+).

15.2.3. Если в конкретный день больной пропустил приём ПТП, то соответствующая клетка полностью перечёркивается в виде большой буквы Х.

15.3. В графе 33 указывается запланированное для приёма на каждый месяц количество суточных доз, в т.ч.:

15.3.1. В первом и в последнем месяцах лечения плановое количество не должно (но может) равняться числу календарных дней в этом месяце.

15.3.2. В промежуточных месяцах лечения равенство числа плановых доз и числа календарных дней в месяце должно соблюдаться в период лечения больного в тубстационаре.

15.3.3. На амбулаторном этапе, где лечение может проводиться по 6-дневной неделе, число плановых доз может быть на 4 дня меньше числа дней в соответствующем месяце.

15.4. В графе 34 по итогам каждого месяца лечения проставляется общая сумма полученных больным за этот месяц суточных доз ПТП.

15.5. Под каждой таблицей по итогам интенсивной и поддерживающей фаз лечения проставляется сумма полученных больным в их пределах суточных доз ПТП.

16. В разделе X (Результаты лечения) помечается (выделяется) необходимая позиция из предложенных вариантов, а именно:

16.1. Пункт 10.1 - для результата «Вылечен» в соответствии с критериями клинического протокола.

16.2. Пункт 10.2 – для результата «Лечение завершено» (для всех больных 1-3 категорий с МБТ(-) и при отсутствии полного перечня лабораторных исследований по завершению курса у больных с МБТ(+)).

16.3. Пункт 10.3 – для результата «Переведен по ТЛЧ (0 мес.)» по результатам ТЛЧ из диагностического материала (0мес.), в т.ч.:

16.3.1. Пункт 10.3.1 – перерегистрация в категорию 4. (1-2) больных с первичной мультирезистентностью и расширенной резистентностью.

16.3.2. Пункт 10.3.2 – перерегистрация в категорию 4.3 больных с первичной моно(поли)резистентностью. Такие больные могут продолжать лечение по этой же форме № 081-1/у после внесения соответствующих записей в раздел VI "Категории и схемы лечения". В этих случаях рядом с пунктом 10.3.2 указывается дата перерегистрации, форма № 081-1/у продолжается, а конечный результат лечения выставляется по завершению уже откорректированной схемы.

16.4. Пункт 10.4 – результат «умер», в т.ч. дополнительно помечаются уточняющие позиции:

16.4.1. Пункт 10.4.1 – умер непосредственно от туберкулёза.

16.4.2. Пункт 10.4.2 – умер от ВИЧ-ассоциированного ТБ (В 20).

16.4.3. Пункт 10.4.3 – умер от других причин.

16.5. Пункт 10.5 – комиссионно установленный результат «неудача лечения», в т.ч. дополнительно помечаются уточняющие позиции:

16.5.1. Пункт 10.5.1 – неудача лечения по мазку/посеву (сохранение бактериовыделения после 90(120) доз лечения при отсутствии подтверждения первичной резистентности к ПТП 1 ряда от начала лечения (из диагностического материала).

16.5.2. Пункт 10.5.2 – неудача лечения клинико-рентгенологическая (при отсутствии бактериовыделения).

16.5.3. Пункт 10.5.3 - неудача лечения с развитием вторичной резистентности к ПТП 1 ряда, в связи с чем больной был перерегистрирован: а) пункт 10.5.3.1 – в категорию 4.(1-2); б) пункт 10.5.3.2 - в категорию 4.3.

16.6. Пункт 10.6 – результат лечения «Прервано лечение» (перерыв в лечении 2 месяца и более).

16.7. Пункт 10.7 – результат лечения «Диагноз ТБ снят».

16.8. Пункт 10.8 – результат лечения «Переведен» с указанием куда (админтерритория, ведомство). Если документального подтверждения с места перевода в течение 2-х месяцев не получено, результат должен быть изменен на «прервал

лечение».

16.9. Возле заглавия раздела X "Результаты лечения" указывается дата установления его результата.

16.10. Для больных с первичной моно(поли)резистентностью, перерегистрированных в категорию 4.3 по результатам ТЛЧ от начала лечения (из диагностического материала), этот результат (перерегистрация) является промежуточным. По завершению лечения по откорректированной схеме и по этой же форме № 081-1/у определяется конечный результат лечения (пункты 10.1 – 10.8, исключая пункт 10.3) и проставляется его дата.

17. В разделе XI "Примечания" записывают разные уточнения и важную информацию, не предусмотренную пунктами формы № 081-1/у.

18. Форма № 081-1/у является основным учётным документом для заполнения формы первичного учёта № 060/у «Журнал регистрации случаев ТБ в \_\_\_\_\_ городе/районе ТБ 03», формы отчётности № 4 «Отчёт о количестве случаев ТБ 1, 2 и 3 категорий больных (по данным микроскопии и/или культурального исследования ТБ 07» (квартальная), формы отчётности № 8-1 «Отчёт о конверсии мокроты у больных ТБ лёгких в конце интенсивной фазы лечения, ТБ 10» (квартальная), формы отчётности № 8-3 «Отчёт о результатах исследования устойчивости микобактерий ТБ к антимикобактериальным препаратам у больных ТБ, которые были зарегистрированы 3(6) месяцев тому назад, за \_\_\_\_\_ квартал \_\_\_\_ года ТБ 11».

19. Форма № 081-1/у должна заполняться чётко и разборчиво, не выходя за пределы специально выделенных полей для заполнения. Исправление ошибок подтверждается подписью ответственного за её заполнение лица.

20. Ответственными за качество ведения, полноту и достоверность информации, представленной в форме № 081-1/у, являются заведующий отделением тубстационара (на стационарном этапе) и городской/районный фтизиатр (на амбулаторном и заключительном этапах).

21. Форма № 081-1/у хранится у фтизиатра в течение 10 лет после снятия больного туберкулёзом (переболевшего) с диспансерного учёта.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республикиот 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  № 095/у <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказом МЗ Донецкой Народной Республики
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Идентификационный код	

**КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН**

к справке №

Дата выдачи " " 20\_\_ года

1. Фамилия, имя, отчество  
больного

2. Наименование учебного заведения

3. Диагноз (записывается с согласия  
пациента)

4. Освобожден(на) от занятий (работы), посещений дошкольного учебного заведения

с по 20\_\_ года

5. Освобождение продолжено

с по 20\_\_ года

с по 20\_\_ года

Фамилия врача, который выдал  
справку

М. П.

Подпись врача

*Примечание. Контрольные талоны служат для учета выданных справок.*Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республикиот 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  № 095/у <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Идентификационный код	

**СПРАВКА №****о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I-IV уровней аккредитации, о болезни, карантине и других причинах отсутствия ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение**

Дата выдачи " " 20\_\_ года

1. Студенту, ученику, ребенку, который посещает дошкольное учебное заведение (необходимо подчеркнуть)

(наименование учебного заведения)

2. Фамилия, имя, отчество больного

3. Дата рождения (год, месяц, число, для детей до 1 года - день)

4. Диагноз заболевания (отмечается при согласии пациента), другие причины отсутствия

5. Наличие контакта с инфекционным больным (да, нет)  
(подчеркнуть, вписать)

6. Освобожден(на) от занятий, посещений дошкольного учебного заведения

с по 20\_\_ года

с по 20\_\_ года

М. П.

Подпись врача

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 095/у «Справка № \_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I - IV уровней аккредитации, о болезни, карантине и других причинах отсутствия ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 095/у "Справка № \_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I - IV уровней аккредитации, о болезни, карантине и других причинах отсутствия ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение" (далее – форма № 095/у).

2. Форма № 095/у заполняется врачом учреждения здравоохранения в случае временной нетрудоспособности студентов учебных заведений I - IV уровней аккредитации или болезни, карантина ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение.

3. В левом верхнем углу формы № 095/у указываются наименование и местонахождение учреждения здравоохранения, в котором заполнялась форма.

4. Под названием формы указывается дата (число, месяц, год) ее выдачи.

5. В пункте 1 формы подчеркивается кому выдана справка: студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учебное заведение.

6. В пункте 2 указываются фамилия, имя, отчество больного.

7. В пункте 3 указывается дата рождения больного (год, месяц, число).

8. В пункте 4 указываются диагноз (с согласия пациента) или другие причины отсутствия студента, ученика или ребенка, посещающего дошкольное учебное заведение.

9. В пункте 5 формы № 095/у, выданной детям, посещающим общеобразовательное или дошкольное учебное заведение, указываются сведения о наличии или отсутствии контакта с инфекционными больными в течение трех недель (по данным, уточненным в учреждении санитарно-эпидемиологической службы).

10. В пункте 6 указывается период освобождения студента или ребенка от занятий, посещений детского сада.

11. Форма № 095/у удостоверяется подписью врача, который заполнил справку, и заверяется печатью учреждения здравоохранения.

12. После заполнения "Справки № \_\_\_\_ о временной нетрудоспособности студента учебного заведения I - IV уровней аккредитации, о болезни, карантине и других причинах отсутствия ребенка, посещающего общеобразовательное учебное заведение, дошкольное учебное заведение" аналогичные данные указываются в контрольном талоне, который остается в учреждении здравоохранения для учета выданных справок.

13. Информация о выдаче формы № 095/у записывается в "Медицинскую карту амбулаторного (стационарного) больного".

14. Контрольные талоны к форме № 095/у хранятся в учреждении здравоохранения в течение 1 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 096/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
0		2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41	
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____											
Идентификационный код _____											
_____											

**История родов № \_\_\_\_\_**

Фамилия, имя, отчество _____	Возраст _____ лет.
Национальность _____	
Поступила « _____ » _____ г. _____ часов _____ минут	Группа крови _____ Гемоглобин _____
Выбыла « _____ » _____ г.	Резус-принадлежность _____
Проведено койко-дней _____	Титр антител _____
Палата № _____	Аллергические реакции _____
	RW: число _____, месяц _____, год _____
	негативная, позитивная (подчеркнуть)
	Результат исследований на гонорею _____

Кем направлена _____						
Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____						
Адрес _____ телефон _____						
Семейное положение: брак зарегистрирован; не зарегистрирован; одинокая (подчеркнуть).						
Место работы, профессия, должность беременной, родильницы (роженицы) _____						
Относится к 1-3 группе диспансерного учета пострадавших в результате аварии на ЧАЭС: да, нет (подчеркнуть)						
Категория 1, 2, 3 (подчеркнуть), серия удостоверения _____ № _____						
Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет (подчеркнуть)						
Сколько раз _____ Наименование консультации _____						
Диагноз при поступлении _____						
Диагноз клинический _____						
Диагноз заключительный _____						
Код по МКБ-10 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
Осложнения в родах, после родов _____						
Хирургические операции, методы обезболивания, осложнения _____						
_____						



Наименование операции	Дата, время	Метод обезболивания	Осложнения
<p>Оперировал _____ (подпись)</p> <p>Оказание других видов медицинской помощи _____</p> <p>Выбыла: выписана, переведена; умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть)</p>			
<p>Рост _____ см. Вес _____ Т° _____</p> <p>Какая беременность (№) _____, роды (№) _____</p> <p>Последняя менструация _____</p> <p>Первое шевеление плода _____</p> <p>Таз: D.Sp _____ D.Cr _____ D.Tr _____</p> <p>C.ext _____ C.diag _____ T.vera _____</p> <p>Окружность живота _____ см.</p> <p>Высота дна матки _____ см.</p> <p>Положение плода, позиция и вид _____</p> <p>Сердцебиение плода, место, число ударов _____</p> <p>Предлежащая часть _____</p> <p>Где находится _____</p> <p>Родовая деятельность _____</p> <p>Предполагаемый вес плода _____</p> <p><b>Врач</b> _____ <b>Акушерка</b> _____</p>		<p><b>ТЕЧЕНИЕ РОДОВ</b></p> <p>Схватки начались _____</p> <p>Воды отошли _____</p> <p>Качество и количество вод _____</p> <p>Полное открытие _____</p> <p>Начало потуг _____</p> <p>Ребенок родился:</p> <p>Первый _____ дата _____ часов _____ мин.</p> <p>Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)</p> <p>Пол: м. – 1, ж. – 2 <input type="checkbox"/> масса (вес) _____ рост _____ см.</p> <p>Окружность головки _____ см, грудной клетки _____ см.</p> <p>Второй _____ дата _____ часов _____ мин.</p> <p>Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)</p> <p>Пол: м. – 1, ж. – 2 <input type="checkbox"/> масса (вес) _____ рост _____ см.</p> <p>Окружность головки _____ см, грудной клетки _____ см.</p>	
<p>Профилактика гонобленореи новорожденного проведена _____ (чем)</p> <p>Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____ баллов</p> <p>Послед выделился: самостоятельно, отделенный, удаленный рукой с использованием приема _____ через _____ часов _____ мин.</p> <p>Детское место цело, под сомнением _____</p> <p>Оболочки все, под сомнением _____</p> <p>Пуповина: длина _____ см, обвита вокруг _____ особенности _____</p> <p>Потеря крови в родах _____ мл.</p>		<p>Психопрофилактическая подготовка, медикаментозное обезболивание: (чем) _____</p> <p>Эффект: полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть)</p> <p>Длительность родов _____</p> <p>Общая _____ I период _____</p> <p>II период _____ III период _____</p> <p>Приняла ребенка (акушерка, врач) _____</p> <p>Послед осматривал _____</p> <p><b>Дежурный врач</b> _____</p> <p><b>Акушерка</b> _____</p>	

АНАМНЕЗ	ТЕЧЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Общие заболевания _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Здоровье мужа _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	Состояние при поступлении (данные внешнего осмотра) _____
Менструация: с _____ лет	_____
Начало половой жизни с _____ лет	_____
Гинекологические заболевания _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, оперативные вмешательства, масса (вес) новорожденных) _____	Сердце _____
_____	Пульс _____
_____	АД на правой руке _____
_____	на левой _____
_____	Органы дыхания _____
_____	_____
_____	Органы пищеварения _____
_____	_____
_____	Мочеполовая система _____
_____	_____
Сколько детей живых _____	_____
мертворожденных _____	_____
умерло _____	_____
_____	_____
_____	Подпись _____

Вкладной листок № 1  
к истории родов № \_\_\_\_\_  
фамилия беременной \_\_\_\_\_

## ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ

[illegible]

Вкладной листок № 2  
к истории родов № \_\_\_\_\_  
роженницы \_\_\_\_\_

## ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

[illegible]

Состояние при выписке, переводе \_\_\_\_\_  
 Выдан листок нетрудоспособности № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ г.  
 Новорожденный \_\_\_\_\_ выписан \_\_\_\_\_ г. умер \_\_\_\_\_ г.  
 пол \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
 Мертворожденный (подчеркнуть) \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут \_\_\_\_\_  
 Переведен куда и когда \_\_\_\_\_  
 Палатный ординатор \_\_\_\_\_ Зав. отделением \_\_\_\_\_  
 подпись \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 096/у**  
**«История родов № \_\_\_\_\_»**

Форма первичной учетной документации № 096/у «История родов № \_\_\_\_\_» (далее –форма № 096/у) является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который заполняется на каждую беременную, роженицу и родильницу, госпитализированную в стационар со сроком беременности 22 недели и больше.

В форме № 096/у должны быть описаны характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия, которые проведены лечащим врачом или акушеркой и записаны в их последовательности.

Форма № 096/у должна дать четкое представление о всей картине течения родов без дополнительных объяснений.

Все внесенные в форму № 096/у исправления подписываются врачом, который отвечает за ведение истории родов.

Изменять исправленный текст и вносить дополнительные записи без соответствующих объяснений не допускается.

За ведение формы № 096/у отвечает непосредственно дежурный врач в части, которая касается течения родов, а лечащий врач – в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случаях консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, которые приглашены извне, в форме № 096/у записывается вывод консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в форму № 096/у с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее проведения, лиц, которые проводили операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также о введении наркотических препаратов и их количестве.

При выписке (смерти) беременной или родильницы и ее ребенка форма № 096/у подписывается лечащим врачом, заведующим отделением. Лечащим врачом оформляется краткий эпикриз на вкладном листке № 1 (истории родов) – на беременных, на вкладном листке № 2 - на рожениц. После просмотра главным врачом форма № 096/у передается в кабинет медицинской статистики для статистической разработки и учета.

Примечание. На женщин, госпитализированных для прерывания беременности, заполняется «Медицинская карта прерывания беременности» (форма № 003-1/у); на гинекологических больных – «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у).

В случае ведения формы № 096/у в электронном формате, она должна включать все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе информации.

Срок хранения формы № 096/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ _____ Идентификационный код <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 097/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">№</td> <td style="width: 20px;">012.1/41</td> </tr> </table>										0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41																		

**КАРТА РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО № \_\_\_\_\_**

	матери	отца	ребенка
Группа крови			
Резус - принадлежность			

Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ лет

Национальность	Профессия
----------------	-----------

Брак зарегистрирован: да, нет (подчеркнуть)

Постоянное место проживания \_\_\_\_\_

	число	месяц	год	час	минуты	Журнал приема № _____
Родился						Палата ребенка № _____
Поступил						Койка ребенка № _____
Выписан						Палата матери № _____
Умер						Койка матери № _____
Переведен						Ребенок переведен в палату _____
Куда						койка № _____ Дата перевода _____

Наследственность со стороны матери \_\_\_\_\_  
отца \_\_\_\_\_

## Гинекологический и акушерский анамнез

Какая беременность (№)	Какие роды ( №)
------------------------	-----------------

Заболевания, осложнения во время беременности

Роды: длительность I периода	II периода
------------------------------	------------

### Особенности течения, операции

Безводный период

характеристика околоплодных вод \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Пол	Родился живым/ мертвым	Доношенный/ недоношенны й	Масса (вес)	Рост	Окружность		Асфиксия	
					головы	грудной клетки	длительность	мероприяти я по оживлению

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Время после рождения	Сердцебиени е	Дыхание	Цвет кожи	Тонус мышц	Рефлексы	Оценка в баллах

Пороки развития \_\_\_\_\_

Родовые травмы \_\_\_\_\_

Профилактика гонобленореи (название медикамента, время) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дежурная акушерка \_\_\_\_\_ Дежурный врач \_\_\_\_\_

Ребенок переведен в отделение новорожденных \_\_\_\_\_

(дата перевода)

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

Состояние ребенка при переводе из родильного зала \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ цвет кожных покровов, характер крика \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ребенка сдала акушерка \_\_\_\_\_

Приняла и провела обработку медсестра \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз предварительный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз заключительный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут  
(дата осмотра)

Общее положение (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Кожные покровы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Видимые слизистые \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Пуповинный остаток \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Головка (швы, роднички, родовые опухоли) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Форма грудной клетки \_\_\_\_\_

Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной  
недостаточности \_\_\_\_\_

Сердце (границы, наличие шумов, характер ритма) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_

Нервная система \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Органы брюшной полости \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Отхождение мекония \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Внешние половые органы \_\_\_\_\_

Наличие ануса \_\_\_\_\_ Состояние тазобедренных суставов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Выводы и предыдущий диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Назначения и их обоснование \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Данные наблюдения медицинской сестрой за новорожденным

Дата	День жизни	Температура	Масса (вес)	Изменение состояния				активность сосательного рефлекса	характер опорожнений	Мочеиспускание	Время отпадения пуповины	состояние пуповинной ранки	Подпись
				наличие приступов в асфиксии	Слизистая		кожных покровов						
					глаз	ротовой полости							
	1	У											
		В											
	2	У											
		В											
	3	У											
		В											
	4	У											
		В											
	5	У											
		В											
	6	У											
		В											
	7	У											
		В											

### Противотуберкулезная вакцинация

Дата	День жизни	Доза	№ серии вакцины	Срок годности	Реакция на прививку	Подпись

Вакцинация не проводилась (указать причину) \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_

Вид докорма \_\_\_\_\_

[illegible]

# Дневник врача-неонатолога

[illegible]

Эпикриз \_\_\_\_\_

Состояние ребенка при выписке (переводе) \_\_\_\_\_

Рекомендации участковому врачу - педиатру

Дата \_\_\_\_\_ *Передала ребенка* \_\_\_\_\_ (подпись медицинской сестры)  
(разборчиво)

\_\_\_\_\_ *Приняла ребенка* \_\_\_\_\_ (подпись медицинской сестры, фельдшера)  
(разборчиво)

Справку о рождении ребенка получила \_\_\_\_\_  
(подпись матери)

" " Г.

Детская поликлиника № \_\_\_\_\_ о выписке ребенка поставлена в известность.

Телефонограмму передала \_\_\_\_\_ принята \_\_\_\_\_  
(фамилия) (фамилия)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 097/у**  
**«Карта развития новорожденного № \_\_\_\_\_»**

1. Форма первичной учетной документации № 097/у «Карта развития новорожденного № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 097/у) заполняется на всех новорожденных, которые прошли через акушерский стационар, в т.ч. на родившихся в стационаре, на новорожденных, госпитализированных после родов на дому, в дороге, а также на переведенных из других родильных домов (отделений).

2. В форме № 097/у содержатся все необходимые сведения по медицинскому обслуживанию новорожденных, включая сведения о матери, характере родов, о состоянии ребенка при рождении, наличии пороков развития или родовой травмы, детальное состояние новорожденного в родильном доме/отделении, о текущем врачебном осмотре и состоянии новорожденного при выписке.

3. Форма № 097/у заполняется непосредственно в родильном зале акушеркой и дежурным врачом (паспортная часть, гинекологический и акушерский анамнез, оценка состояния новорожденного по шкале Апгар). В палате новорожденного форма № 097/у заполняется врачом-неонатологом и медицинской сестрой.

4. Форма № 097/у заполняется на всех рожденных живыми и мертвыми с массой тела 500 г и более при беременности 22 недели и более.

5. Сведения формы № 097/у используются для заполнения данных о новорожденных в «Журнале отделения (палаты) новорожденных» (ф. № 102/у), а также для формирования отчета по форме № 21 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Примечание. При переводе новорожденного после 7 суток в детскую больницу заполняется учетная форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного».

6. В случае ведения формы № 097/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения формы № 097/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия,  
учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение  
здравоохранения \_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения  
здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
№ 086/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_**

**(врачебное консультативное заключение)**

заполняется на абитуриентов, поступающих в учебные заведения всех уровней аккредитации  
от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

1. Выдана \_\_\_\_\_  
(наименование и адрес учреждения, выдавшего справку)

2. Наименование учебного заведения, в которое подается справка \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

4. Пол:            мужской – 1            женский – 2            ☐

5. Дата рождения            

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

  
(число, месяц, год)

6. Место проживания абитуриента \_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья абитуриента на дату обследования:

терапевт (врач общей практики-семейной медицины) \_\_\_\_\_

хирург \_\_\_\_\_

невропатолог \_\_\_\_\_

окулист \_\_\_\_\_

отоларинголог \_\_\_\_\_

другие специалисты \_\_\_\_\_

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования \_\_\_\_\_

10. Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

11. Данные инструментальных исследований \_\_\_\_\_

12. Профилактические прививки \_\_\_\_\_

13. Врачебное заключение о профессиональной пригодности \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись врача, выдавшего справку \_\_\_\_\_

Подпись руководителя учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Медицинская справка действительна  
в течение 6 месяцев со дня выдачи

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 086/у  
«Медицинская справка № \_\_\_\_\_ (врачебное консультативное заключение)»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 86/у «Медицинская справка № \_\_\_\_\_ (врачебное консультативное заключение)» (далее – форма № 086/у).

2. Форма № 086/у заполняется ответственными лицами амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения.

3. Форма № 086/у является обязательным медицинским документом для предоставления в приемные комиссии учебных заведений всех уровней аккредитации.

4. Форма № 086/у выдается врачами (участковыми терапевтами, педиатрами, врачами общей практики-семейными врачами) территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений после завершения ими полного обследования абитуриента и вынесения заключения о его профессиональной пригодности.

5. Форма № 086/у заполняется на основании записей в форме первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного» (далее – форма № 025/у) и вкладном листке на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (далее – форма № 025-1/у), а также результатов лабораторных, функциональных, рентгеновских и других диагностических обследований, объективных данных и оценки состояния здоровья на момент проведения обследований непосредственно перед выдачей справки.

6. На титульном листе формы № 086/у проставляются штамп учреждения здравоохранения и дата выдачи.

7. В пункте 1 указываются полное наименование и местонахождение учреждения здравоохранения, выдавшего справку.

8. В пункте 2 со слов абитуриента вписывается наименование учебного заведения, в которое будет подана форма № 086/у.

9. В пунктах 3-6 указываются: фамилия, имя, отчество абитуриента, дата рождения, место проживания.

10. При заполнении пункта 7 указываются перенесенные заболевания, включая заболевания, перенесенные в детском возрасте.

11. В пункте 8 указываются объективные данные о состоянии здоровья абитуриента на момент обследования.

12. В пункте 9 указываются данные рентгеновского (флюорографического) обследования.

13. Пункты 8 и 9 заполняются собственноручно указанными в них специалистами (терапевт, хирург, невропатолог, окулист, отоларинголог, рентгенолог), заверяются их личными печатями и подписями.

14. В пункте 10 указываются даты и данные проведенных лабораторных исследований. В этом пункте необходимо указать результаты как всех обязательных исследований, так и других исследований в зависимости от профиля и требований учебного заведения, в которое предоставляется форма № 086/у.



15. Результаты лабораторных исследований, проведенных более чем за месяц, а флюорографического – более одного года до даты заполнения формы № 086/у, не действительны.

16. В пункте 11 указываются даты и данные проведенных инструментальных исследований.

17. В пункте 12 указываются дата, доза, серия и название вакцин, которыми проведены прививки в соответствии с календарем профилактических прививок.

18. На основании записей в пунктах 7-11 заполняется пункт 13 «Врачебное заключение о профессиональной пригодности».

19. Форма № 086/у заверяется подписью врача, заполнившего ее, и руководителем учреждения здравоохранения, печатью учреждения и выдается на руки абитуриенту.

20. Все записи результатов исследований и обследований в форме № 086/у должны соответствовать аналогичным данным в формах № 025/у и № 025-1/у.

21. В случае ведения формы № 086/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

22. Форма № 086/у действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи и хранится в учебном заведении 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 102/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики   0   2   0   6   2   0   1   5   № 012.1/41
Наименование и местонахождение (полный почтовый адресов) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____		
Идентификационный код		

**Ж У Р Н А Л**

учета новорожденных в отделении (палате) \_\_\_\_\_  
(указать его (ее) название)

Начат «__» _____ 20__ г.	Закончен «__» _____ 20__ г.
--------------------------	-----------------------------

№ п/п	Откуда ребенок поступил, дата и время поступления в отделение	Номер истории родов и карты развития новорожденного	Фамилия, имя отчество матери	Дата рождения ребенка (число, месяц, год, часы, минуты)	Пол	При рождении			Ребенок доношен или недоношен	Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся больными или заболевших	Противотуберкулезная вакцинация (да, нет)	Скрининг на ФКУ (да, нет)	Результат: выписан, переведен (куда), умер (указать дату)
						масса	рост	оценка по шкале Апгар					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 102/у**  
**«Журнал учета новорожденных в отделении (палате)»**

1. Форма первичной учетной документации № 102/у «Журнал учета новорожденных в отделении (палате)» является одним из основных документов, содержащих сведения о новорожденных, родившихся живыми в срок беременности с 22 недель и больше, которые родились в акушерском стационаре учреждения здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности или поступили после родов вне его (далее – форма № 102/у).

2. Форма № 102/у прошивается, страницы нумеруются, заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

3. Форма № 102/у ведется в физиологическом и отдельно в обсервационном отделениях для новорожденных, а также в отделении неонатального ухода и лечения новорожденных, в отделении интенсивной терапии новорожденных и выхаживания недоношенных детей медицинской сестрой под наблюдением заведующего отделением врача-неонатолога. Форма № 102/у заполняется ручкой разборчивым почерком.

Неправильно заполненные данные зачеркиваются, делается запись «аннулировано» и ставятся подписи лица, сделавшего запись, заведующего отделением, скрепляется печатью учреждения здравоохранения.

4. Сведения о заполнении журнала берутся из записей «Карты развития новорожденного» (форма № 097/у).

5. Графы формы № 102/у с 1 по 10 заполняются при поступлении ребенка в отделение на основании записей в форме № 097/у «Карта развития новорожденного», которые сделаны в родильном блоке, другие графы заполняются при выписке (переводе, смерти) ребенка.

6. Особенно внимательно должна заполняться графа 11, в которой отмечается ход периода рождения и клинический диагноз для детей, которые родились больными или заболели в стационаре.

7. Это требование обязательно также в тех случаях, когда новорожденный находился в данном учреждении менее одного дня, независимо от того, куда потом был переведен: в отделение для недоношенных или больных детей детской или другой больницы.

8. В случае ведения формы № 102/у в электронном формате, она должна включать все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе информации.

8. Срок хранения журнала – 50 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

**№ 104/у**

**УТВЕРЖЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0 2 0 6 2 0 1 5 № 012.1/41

**Заключение № \_\_\_\_\_**

**комиссии врачей-психиатров в отношении лица,  
к которому применены принудительные меры медицинского характера**

1. Дата проведения заседания  
комиссии

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

(число, месяц, год)

2. Время проведения заседания  
комиссии

--	--	--	--

(часы, минуты)

3. Место проведения заседания комиссии:

4. Фамилия, имя, отчество лица, осмотр которого проводится:

5. Дата рождения

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

(число, месяц, год)

6. Пол: мужской - 1, женский - 2

--

7. Наименование суда, которым было вынесено решение о применении принудительных мер медицинского характера:

8. Дата вынесения решения суда о применении принудительных мер медицинского характера

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

(число, месяц, год)

9. Дата поступления лица в учреждение здравоохранения, в котором оно находится в настоящее время

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

(число, месяц, год)

10. Вид принудительных мер медицинского характера, который применяется во время заседания комиссии:

принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях - 1

принудительное лечение в учреждении здравоохранения, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях: общего типа - 2;

специализированного типа - 3;

специализированного типа с интенсивным наблюдением - 4;

11. Основание для обращения в суд:

продление применения принудительных мер медицинского характера - 1

изменение вида принудительных мер медицинского характера (указать на какой) - 2

прекращение применения принудительных мер медицинского характера - 3

12. Лицо, в отношении которого применяются принудительные меры медицинского характера:

признано судом невменяемым - 1

признано судом частично вменяемым - 2

заболело психическим расстройством до вынесения судебного решения по сути дела - 3

заболело психическим расстройством во время отбывания наказания - 4

13. Наименование суда, которым было вынесено последнее решение о продлении применения принудительных мер медицинского характера

14. Дата вынесения последнего решения суда о продлении применения

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

принудительных мер медицинского характера

(число, месяц, год)

15. Совершенное(ые) лицом общественно опасное(ые) деяние(я), предусмотренное (ые)

Уголовного кодекса Донецкой Народной Республики (указать пункт(ы), часть(и), статью(и) Уголовного кодекса Донецкой Народной Республики)

16. Психиатрический осмотр провела комиссия врачей-психиатров в составе:  
(фамилия, имя, отчество врача-психиатра, врачебная категория, должность)

председатель:

член(ы) комиссии:

врач-докладчик:

17. Лица, которые присутствовали при проведении заседания комиссии врачей-психиатров:

18. Анамнез жизни:

криминальный анамнез:

применение принудительных мер медицинского характера в прошлом:

наркологический анамнез:

19. Изменения социального статуса лица:

20. Совершенное(ые) общественно опасное(ые) деяние(я):

судебно-психиатрические экспертизы, проведенные до вынесения решения суда о применении принудительных мер медицинского характера (указать учреждение здравоохранения, даты проведения, заключение):

21. Наименование суда(ов), которым(и) было вынесено решение(я) о продлении применении принудительных мер медицинского характера:

22. Учреждения здравоохранения, в которых применялись принудительные меры медицинского характера (указать даты пребывания и виды принудительных мер медицинского характера, которые применялись, динамику состояния лица за период пребывания в каждом из учреждений здравоохранения): \_\_\_\_\_

23. Анамнез психического заболевания (указать, когда отмечались первые проявления болезни и обстоятельства её возникновения, течение болезни, имеющуюся симптоматику на каждом этапе развития болезни, ведущие синдромы, методы лечения): \_\_\_\_\_

24. Динамика состояния лица в учреждении здравоохранения, в котором в настоящее время находится лицо:

жалобы \_\_\_\_\_

психическое  
состояние \_\_\_\_\_

данные патопсихологического обследования: \_\_\_\_\_

соматическое  
состояние: \_\_\_\_\_

неврологическое  
состояние:

лабораторные и другие обследования:

лечение:

реабилитационные программы:

25. Данные клинического обследования лица, полученные во время проведения комиссии врачей-психиатров: жалобы

психическое  
состояние

данные патопсихологического обследования:

соматическое  
состояние:

неврологическое состояние: \_\_\_\_\_

лабораторные и другие обследования: \_\_\_\_\_

лечение: \_\_\_\_\_

реабилитационные программы: \_\_\_\_\_

26. Диагноз: \_\_\_\_\_

Код согласно МКБ-10

--	--	--	--	--

27. Обоснование необходимости продления, изменения вида или прекращения применения принудительных мер медицинского характера: \_\_\_\_\_

28. Заключение комиссии врачей-психиатров: \_\_\_\_\_

29. Подписи врачей-психиатров с указанием их фамилий, имён, отчеств, врачебной категории, должности: \_\_\_\_\_

30. Печать учреждения здравоохранения, заверяющая подписи врачей-психиатров.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



## **ИНСТРУКЦИЯ**

### **по заполнению формы первичной учётной документации № 104/у «Заключение № \_\_\_\_ комиссии врачей-психиатров в отношении лица, к которому применены принудительные меры медицинского характера»**

1. Эта инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учётной документации № 104/у «Заключение № \_\_\_\_ комиссии врачей-психиатров в отношении лица, к которому применены принудительные меры медицинского характера» (далее – форма № 104/у).

2. Форма № 104/у является основным медицинским документом, заполняющимся на лицо, к которому по решению суда применяются принудительные меры медицинского характера (далее – ПММХ). Форма № 104/у ведётся во всех учреждениях здравоохранения, в которых применяются ПММХ.

3. В пунктах 1-3 указываются дата, время и место проведения заседания комиссии врачей-психиатров.

4. В пунктах 4-6 указываются фамилия, имя, отчество лица, осмотр которого проводится, дата его рождения и пол.

5. В квадратах пунктов 6, 10-12 следует вписать необходимую цифру. Другие пункты заполняются в соответствии с требованиями, указанными в каждом из них.

6. В пунктах 7, 8 указывается наименование суда, которым было вынесено решение о применении ПММХ, и дата внесения решения суда о применении ПММХ.

7. В пункте 9 указывается дата поступления лица в учреждение здравоохранения, в котором оно находится в настоящее время.

8. В пункте 10 указывается вид ПММХ, который применялся во время заседания (заседаний) комиссии: принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, принудительное лечение в стационарных условиях общего типа, специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением.

9. В пункте 11 указывается основание для обращения в суд (продление применения ПММХ, изменение вида ПММХ, отмена применения ПММХ). В случае изменения вида ПММХ необходимо указать, на какой вид комиссия врачей-психиатров рекомендует изменить ПММХ.

10. В пункте 12 указывается статус лица, к которому применяются ПММХ: лицо признано судом невменяемым, признано судом частично вменяемым, заболело психическим расстройством до вынесения судебного решения по сути дела, заболело психическим расстройством во время отбывания наказания.

11. В пунктах 13, 14 отмечают наименование суда, который последним вынес решение о продолжении применения ПММХ, и дату вынесения последнего решения суда о продолжении применения ПММХ.

12. В пункте 15 указывается, какой (какими) статьей (статьями) Уголовного кодекса ДНР предусмотрено (предусмотрены) совершенное (совершенные) лицом общественно опасное (опасные) деяние (деяния).

13. В пункте 16 указываются фамилия, имя и отчество каждого члена комиссии врачей-психиатров, его должность.

14. В пункте 17 перечисляются все лица (кроме членов комиссии и осматриваемого лица), которые присутствовали при проведении заседания комиссии врачей-психиатров.

15. В пункте 18 указывается анамнез жизни осматриваемого лица, в том числе детально описывается криминальный анамнез, указываются ПММХ, если они применялись в отношении лица в прошлом, наркологический анамнез.

16. В пункте 19 описываются изменения социального статуса осматриваемого лица за время применения ПММХ.

17. В пункте 20 указываются общественно опасные деяния, совершенные лицом, судебно-психиатрические экспертизы, которые были проведены до вынесения решения суда о применении ПММХ, наименование проводивших их учреждений здравоохранения, даты проведения и выводы экспертов по каждой из проведенных экспертиз.

18. В пункте 21 указывается наименование суда (судов), которым (которыми) были вынесены решения о продлении применения ПММХ, и даты вынесения этих решений судов.

19. В пункте 22 перечисляются учреждения здравоохранения, в которых применялись ПММХ, также указывается период применения ПММХ, виды ПММХ, которые применялись, и динамика состояния лица во время пребывания в каждом из перечисленных учреждений здравоохранения.

20. В пункте 23 описывается анамнез болезни: указывается, когда отмечались первые проявления болезни, обстоятельства ее возникновения, течение болезни, наблюдаемая симптоматика на каждом этапе развития болезни, ведущие симптомы, методы лечения, применяемые на каждом этапе течения болезни.

21. В пункте 24 указывается динамика состояния лица в учреждении здравоохранения, в котором в настоящее время находится лицо, а именно: жалобы, которые у него имелись ранее, динамика психического состояния лица, данные патопсихологического обследования в динамике, данные соматического, неврологического состояния, лабораторных и других обследований в динамике, данные о лечении лица, проводимых реабилитационных мероприятиях.

22. В пункте 25 указываются данные клинического обследования лица, полученные во время проведения заседания комиссии врачей-психиатров, а именно: жалобы на момент осмотра, психическое состояние, данные патопсихологического обследования, соматическое, неврологическое состояние, данные лабораторных и других обследований, данные о лечении, проводимых реабилитационных мероприятиях в настоящее время.

23. В пункте 26 указываются клинический диагноз и код согласно МКБ-10.

24. В пунктах 27, 28 обосновывается необходимость продления, изменения или прекращения применения ПММХ и указывается заключение комиссии врачей-психиатров.

25. Пункты 29, 30 содержат подписи врачей-психиатров с указанием фамилии, имени и отчества, должности, врачебной категории каждого члена комиссии, и ставится печать учреждения здравоохранения, заверяющая подписи врачей-психиатров.

26. В случае ведения формы №104/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

27. Срок хранения формы №104/у - 50 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 111/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики										
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма											
Идентификационный код											
	<table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/41</td></tr></table>	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41		

<b>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ</b>							
Группа крови _____ Резус-принадлежность беременной _____ Ее мужа _____ 1. Взята на учет <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, месяц, год) _____							Реакция Вассермана I «___» _____ г. II «___» _____ г. Результат исследования на гонококки _____ _____ Обследование на токсоплазмоз РЗК (по показаниям) _____ Кожная проба _____ РЗК _____
Фамилия, имя, отчество _____ Дата рождения <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, месяц, год) Семейное положение: брак зарегистрирован – 1, не зарегистрирован – 2, одинокая – 3 Домашний адрес, телефон _____ _____ Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть) Место работы, телефон _____ Профессия или должность _____ условия труда _____ Фамилия и место работы мужа, телефон _____ _____							
2. Диагноз: беременность (№) _____ Роды (№) _____ Осложнения данной беременности _____ _____ Экстрагенитальные заболевания (диагноз) _____							
3. Результат беременности: аборт, роды в срок, преждевременные (подчеркнуть) _____ недель. Дата _____ Особенности родов _____ Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) _____ г, рост _____ см Выписалась, переведена в больницу, умерла в родильном доме (подчеркнуть) Диагноз _____ _____ _____							

4. Анамнез

Перенесенные заболевания: общие \_\_\_\_\_

Гинекологические \_\_\_\_\_

Операции \_\_\_\_\_

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет. Здоровье мужа \_\_\_\_\_

Менструация с \_\_\_\_\_ лет и особенности \_\_\_\_\_

Последняя менструация с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ г.

Первое шевеление плода « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДЫДУЩИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

№ п/п	Год	Чем закончилась беременность, в каком сроке				Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Ребенок жив, умер, в каком возрасте	Особенности течения предыдущих беременностей
		Абортами		Родами				
		Искусст венным и	Самопр оизволь ными	Прежде времен ными	В срок			

5. Первое обследование беременной

Рост \_\_\_\_\_ см. Масса (вес) \_\_\_\_\_ кг. Особенности телосложения \_\_\_\_\_

Состояние молочных желез \_\_\_\_\_

Сердечно-сосудистой системы \_\_\_\_\_

Артериальное давление: на правой руке \_\_\_\_\_ на левой \_\_\_\_\_

Другие органы \_\_\_\_\_

Размеры таза: Д. Sp. \_\_\_\_\_ Д. Cr. \_\_\_\_\_ Д. troch. \_\_\_\_\_ С. ext. \_\_\_\_\_

С. diag. \_\_\_\_\_ С. vera \_\_\_\_\_

Внешнее акушерское исследование: высота дна матки \_\_\_\_\_ см

Окружность живота \_\_\_\_\_ см. Положение плода, позиция, вид \_\_\_\_\_

Предлежание \_\_\_\_\_

Сердцебиение плода \_\_\_\_\_

ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Внешние половые органы \_\_\_\_\_

Влагалище \_\_\_\_\_

Шейка матки \_\_\_\_\_

Тело матки \_\_\_\_\_

Придатки \_\_\_\_\_

Особенности \_\_\_\_\_

Диагноз: срок беременности \_\_\_\_\_ недель

Предполагаемый срок родов \_\_\_\_\_

НАЗНАЧЕНИЯ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись врача

Дата

## 6. Течение беременности

Дата						
Жалобы						
Общее состояние						
Масса (вес)						
АД – на правой руке						
на левой руке						
Отеки						
Окружность живота						
Высота стояния дна матки						
Положение плода						
Предлежащая часть						
Сердцебиение плода						
Шевеление плода						
Срок беременности (в неделях)						
Патологические отклонения (диагноз)						
Листок нетрудоспособности						
Назначения:						
Госпитализация						
Введения стафилококкового анатоксина						
Дата следующего посещения						
Подпись						
Осмотр терапевта						
Осмотр стоматолога						

7. Подготовка к родам							
Физкультура		Ультрафиолетовое облучение		Школа матерей		Психопрофилактическая подготовка	
Дата	Срок беременности	Дата	Срок беременности	Дата	Срок беременности	Дата	Срок беременности

8. Патронажные посещения						
Дата						
Срок беременности						
Жалобы						
Общее состояние						
АД – на правой руке						
на левой руке						
Отеки (да или нет)						
Положение плода						
Сердцебиение плода						
Рекомендации						

Подпись

\_\_\_\_\_

**9. Листок для подклеивания анализов, обменной карты и других документов**

Роды « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. в срок, раньше, позже на \_\_\_\_\_ дней (подчеркнуть)

Роды состоялись в \_\_\_\_\_

Послеродовой отпуск на \_\_\_\_\_ дней с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Листок нетрудоспособности №

## Data

## Жалобы

## Данные обследования

## Советы, назначения

Подпись врача

Подпись зав. консультацией \_\_\_\_\_

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 111/у  
«Индивидуальная карта беременной и родильницы»**

Форма первичной учетной документации № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (далее - форма № 111/у) заполняется на каждую беременную, которая обратилась в женскую консультацию с целью сохранения беременности.

В форму № 111/у заносятся паспортные данные, сведения анамнестического характера (особенно детально о ходе и результатах предыдущих беременностей), данные о состоянии здоровья женщины до ее обращения в консультацию, результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. При повторных посещениях – жалобы, данные объективного обследования и назначения записываются в специальный раздел карты. Эти данные дают возможность проследить динамику ряда объективных показателей состояния беременной и плода, а в случае отклонения их от нормы, – оценить проведенные мероприятия.

В форме № 111/у есть специальный листок для подклеивания анализов и других документов.

Последняя страница карты служит для записи сведений о течении и результатах родов (на основании талона № 2 обменной карты – форма № 113/у) и послеродового периода после выписки родильницы из стационара.

После снятия женщины с диспансерного учета карта за подписью лечащего врача и заведующего консультацией поступает в архив женской консультации.

На беременных, обратившихся в консультацию за направлением для искусственного прерывания беременности, заполняется форма № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного».

В случае ведения формы № 111/у в электронном формате, она должна включать все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе информации.

Срок хранения формы 111/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 112/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти,  
предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого  
принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения,  
в котором заполняется форма

Идентификационный код

**История развития ребенка № \_\_\_\_\_**

Группа крови \_\_\_\_\_

Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Случаи аллергических реакций (на медикаменты, продукты питания, вакцины и тому подобное), аллергические заболевания  
(вписать)

1. Фамилия \_\_\_\_\_  
имя \_\_\_\_\_ отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_ 3. Пол: мужской - 1, женский - 2 ☐  
(число, месяц, год)

4. Местожительство: район \_\_\_\_\_  
город (село) \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_,  
дом \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_, контактный телефон \_\_\_\_\_

5. Проживает: постоянно, временно; приезжий(ая) из другого города, села (подчеркнуть,  
указать откуда прибыл(ла) \_\_\_\_\_

7. Взят(а) на учет  
в этом учреждении здравоохранения

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Заболевание, по поводу которого  
взят(а) на учет

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Отметка о посещении дошкольного/общеобразовательного учебного заведения

Дата оформления в учебное заведение	Возраст ребенка	Наименование заведения	Выбыл(ла) из учебного заведения (дата)

8. Снят(а) из учета

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Причина, по которой снят(а) с учета (при  
переезде указать куда выбыл(ла)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## I. ДАННЫЕ О СЕМЬЕ

Родители и дети	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей – учебные учреждения)	Наличие хронических заболеваний
Мать				
Отец				
Дети				

1.1. Хронические заболевания у других лиц, проживающих в  
квартире/доме \_\_\_\_\_

1.2. Дополнительные  
данные \_\_\_\_\_

## II. ДАННЫЕ О НОВОРОЖДЕННОМ

Дата выписки из роддома (отделения) \_\_\_\_\_

Дата получения сообщения о новорожденном  
из роддома (отделения) \_\_\_\_\_

Место для приклеивания талона 3 обменной карты роддома ( родильного отделения больницы).

### III. ЛИСТОК ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ\*

[illegible]

\*Количество страниц должно быть не менее 2.

#### IV. ИНФОРМАЦИЯ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

[illegible]

## V. ИНФОРМАЦИЯ О ВЫДАЧЕ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ

[illegible]

## VI. ПЕРВИЧНЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЕННОГО НА ДОМУ

6.1. АНАМНЕЗ. Ребенок (мальчик/девочка) от \_\_\_\_\_ беременности, доношенный/недоношенный, роды: физиологические/патологические, срочные/преждевременные

(необходимо подчеркнуть, вписать)

Гестационный возраст \_\_\_\_\_ недель, вес при рождении \_\_\_\_\_ г, вес при выписке \_\_\_\_\_ г, длина тела \_\_\_\_\_ см, окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Вредные привычки родителей (при наличии) \_\_\_\_\_

социальное положение семьи \_\_\_\_\_

хронические, наследственные заболевания родителей, аллергические реакции (при наличии) \_\_\_\_\_ контакт по туберкулезу, ВИЧ/СПИДу \_\_\_\_\_.

Прививка: БЦЖ - (+), (-) \_\_\_\_\_ против вирусного гепатита В - (+) (-) \_\_\_\_\_.  
(если не проводилось - указать причину) (если не проводилось - указать причину)

Обследование на: ФКУ - (+), (-) \_\_\_\_\_ врожденный гипотиреоз - (+) (-) \_\_\_\_\_.  
(если не проводилось - указать причину) (если не проводилось - указать причину)

### 6.2. ОСМОТР ОРГАНОВ И СИСТЕМ

Общее состояние ребенка: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, температура тела \_\_\_\_\_ °С.  
(необходимо подчеркнуть, вписать)

Форма головы \_\_\_\_\_, родничок большой \_\_\_\_\_, родничок малый \_\_\_\_\_, черепные швы \_\_\_\_\_.

Положение: активное, вынужденное \_\_\_\_\_, мышечный тонус конечностей : умеренный гипертонус, гипотонус \_\_\_\_\_.

движения: симметричные, несимметричные, выражены безусловные рефлексы: поисковый, хоботковый, хватательный, Моро, ползания \_\_\_\_\_

реакция: на свет - (+) (-); на звук - (+), (-) \_\_\_\_\_ стигмы дисэмбриогенеза \_\_\_\_\_.

Кожа: чистая, розовая, бледно-розовая, бледная, цианоз \_\_\_\_\_.

Наличие: высыпаний \_\_\_\_\_, желтухи (интенсивность и распространенность) \_\_\_\_\_.

Состояние слизистой полости рта: чистая, гиперемированная, пораженная молочницей \_\_\_\_\_.

Выделения из глаз: отсутствуют, прозрачные, гнойные \_\_\_\_\_.

Пуповинный остаток: подсыхает, сухой, чистый, кровоточит/не кровоточит, гнойные выделения, покраснения \_\_\_\_\_, клемма - (+) (-).

Органы дыхания : грудная клетка симметричная \_\_\_\_\_, частота дыхания \_\_\_\_\_, втягивания грудной клетки - (+), (-) апноэ - (+), (-) аускультативно \_\_\_\_\_.

Сердечно-сосудистая система: сердечный ритм \_\_\_\_\_, тоны сердца \_\_\_\_\_, шум \_\_\_\_\_ частота сердечных сокращений \_\_\_\_\_, пульс на бедренных артериях: достаточного наполнения, пальпируется симметрично с обеих сторон.

Живот: округлой формы, мягкий \_\_\_\_\_.

Органы пищеварения: печень \_\_\_\_\_ см, нижний край \_\_\_\_\_, селезенка: не пальпируется, увеличенная \_\_\_\_\_.

Мочеполовая система: половые органы женского типа, мужского типа, половые органы мальчика - оба яичка в мошонке \_\_\_\_\_.



стул \_\_\_\_\_, мочеотделение \_\_\_\_\_.

Костно-мышечная система: разведение ног в тазобедренных суставах полное, ограниченное \_\_\_\_\_, укорочение нижней конечности - (+), (-) \_\_\_\_\_ симптом Ортолани - (+), (-) \_\_\_\_\_ симптом Барлоу - (+), (-) \_\_\_\_\_ асимметрия складок на бедрах - (+), (-) \_\_\_\_\_ неодинаковое количество складок на бедрах \_\_\_\_\_.

Врожденные аномалии развития ребенка \_\_\_\_\_

6.3. ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ: грудное, смешанное, искусственное, \_\_\_\_\_ раз в сутки, по \_\_\_\_\_ г. адаптированное/неадаптированное \_\_\_\_\_

состояние грудных желез матери \_\_\_\_\_, прикладывание к груди: правильное, эффективное, безопасное \_\_\_\_\_.

(необходимо подчеркнуть, вписать)

#### 6.4. ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА

(указать назначение - витамин D (доза, длительность приема), ультрафиолетовое облучение)

#### 6.5. ПРИЗНАКИ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА, ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ:

плохой аппетит;  
двигательная активность только при стимуляции;  
температура тела  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ;  
температура тела  $< 35,5^{\circ}\text{C}$ ;  
частота дыхания  $\geq 60$  в минуту;

выдох со стоном;  
значительное втягивание грудной клетки во время выдыхания;  
судороги;  
желтуха ладоней и ступней в любом возрасте.

#### 6.6. КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

6.6.1. Исключительно грудное вскармливание.

6.6.2. Основы ухода за новорожденным:

эмоциональный контакт семьи с ребенком;  
соблюдение теплового режима с целью предупреждения гипотермии новорожденного;  
уход за пупочной ранкой, пуповинным остатком;  
профилактика несчастных случаев;  
профилактика синдрома внезапной смерти (правильное положение в кроватке, не курить в помещении, где находится ребенок, избегать перегревания);  
другие вопросы гигиены.

#### 6.7. ПЛАН НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ (НАЗНАЧЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ):

#### 6.8. РОДИТЕЛЯМ ПРЕДОСТАВЛЕНА ИНФОРМАЦИЯ О ГРАФИКЕ РАБОТЫ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПОЛИКЛИНИКИ/ЦЕНТРА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ НЕОТЛОЖНОЙ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Следующий осмотр дома " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Родители  
ознакомлены \_\_\_\_\_

(фамилия, подпись)

Дата патронажа \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Врач-педиатр/врач общей практики - семейный врач \_\_\_\_\_

(фамилия, подпись)

## VII. ЛИСТОК УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА РАЗВИТИЕМ РЕБЕНКА ДО 3-х ЛЕТ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами и наблюдений медицинской сестры

Специальность врача		Возраст ребенка при осмотре																	
		месяцы 1-го года жизни												кварталы 2-го года жизни				полугодие 3-го года жизни	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	I	II	III	IV	I	II
		Дата осмотра ребенка																	
1. Врач-педиатр/врач общей практики - семейный врач	в поликлинике																		
	дома																		
2. Ортопед-травматолог																			
3. Врач-невролог																			
4. Офтальмолог																			
5. Стоматолог																			
Медицинская сестра на дому																			

## VIII. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАХИТА

## IX. ГИМНАСТИКА И МАССАЖ

Цель назначения	Назначение витамина D					Ультрафиолетовое облучение	Название комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
	вид препарата	разовая доза и периодичность приема	дата назначения	дата отмены	всего получено на курс					
Профилактическая							1 комплекс	1,5-3 месяца		
							2 комплекс	3-4 месяца		
							3 комплекс	4-6 месяцев		
Лечебная							4 комплекс	6-9 месяцев		
							5 комплекс	9-12 месяцев		

## X. КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ И РЕАКЦИЙ НА ПРИВИВКУ

Прививка против		Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
						местная	общая
1		2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация						
	Ревакцинация I						
	Ревакцинация II						
Полиомиелита	Вакцинация	1-я прививка					
		2-я прививка					
		3-я прививка					
	1-я ревакцинация						
	2-я ревакцинация						
	3-я ревакцинация						
	4-я ревакцинация						
Дифтерии, коклюша, столбняка (наименование препарата)	Вакцинация	1-я прививка					
		2-я прививка					
		3-я прививка					
	1-я ревакцинация						
Дифтерии, столбняка (наименование препарата)	2-я ревакцинация						
	3-я ревакцинация						
	4-я ревакцинация						
Кори, эпидемического паротита, краснухи (наименование препарата)	1-я прививка						
	2-я прививка						
Прививка против вирусного гепатита В	1-я прививка						
	2-я прививка						
	3-я прививка						



## XI. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА 1-го ГОДА ЖИЗНИ

Дата осмотра						
Возраст ребенка	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4 месяца	5 месяцев	6 месяцев
Масса (вес)						
Рост						
Окружность грудной клетки						
Окружность головы, размер большого родничка						
Состояние питания						
Физическое развитие						
Нервно-психическое развитие						
Осмотр врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача						
Осмотр невролога						
Осмотр офтальмолога						
Осмотр ортопеда-травматолога						
Вывод, назначения						
Врач (фамилия, подпись)						

## XI. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА 1-го ГОДА ЖИЗНИ

Дата осмотра						
Возраст ребенка	7 месяцев	8 месяцев	9 месяцев	10 месяцев	11 месяцев	12 месяцев
Масса (вес)						
Рост						
Окружность грудной клетки						
Окружность головы, размер большого родничка						
Состояние питания						
Физическое развитие						
Нервно-психическое развитие						
Осмотр врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача						
Осмотр невролога						
Осмотр офтальмолога						
Осмотр ортопеда-травматолога						
Определение гемоглобина						
Вывод, назначения						
Врач (фамилия, подпись)						

## XII. ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ом ГОДУ ЖИЗНИ

## Краткие анамнестические данные

Общие выводы	В 1 месяц дата _____	В 3 месяца дата _____	В 6 месяцев дата _____	В 9 месяцев дата _____	В 12 месяцев дата _____
Характер вскармливания					
Количество зубов	*	*			
Размер большого родничка					
Уровень физического развития (оценка)					
Уровень нервно- психического развития (оценка)					
Перенесенные острые заболевания					
Определение гемоглобина					
Наличие хронических заболеваний					
Вывод о состоянии здоровья					
Врач (фамилия, подпись)					

## XIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА 2-го и 3-го ЛЕТ ЖИЗНИ

	Кварталы 2-го года жизни				Полугодие 3-го года жизни	
Дата осмотра						
Масса (вес)						
Рост						
Окружность грудной клетки						
Окружность головы						
Состояние питания						
Физическое развитие						
Нервно-психическое развитие						
Осмотр врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача						
Осмотр ортопеда- травматолога						
Осмотр стоматолога						
Осмотр офтальмолога						
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)						
Вывод, назначения						
Врач (фамилия, подпись)						



## XIV. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА от 4-х до 7-ми ЛЕТ (6 лет 11 месяцев 29 дней)

	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Дата осмотра				
Масса (вес)				
Рост				
Физическое развитие, окружность грудной клетки				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры: врача-педиатра/врача общей практики– семейного врача				
детского хирурга				
ортопеда-травматолога				
офтальмолога				
отоларинголога				
невролога				
логопеда				
стоматолога				
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)				
Допуск к занятиям по физкультуре (группа)				
Вывод, назначения				
Врач (фамилия, подпись)				

## XV. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА от 8-ми до 12-ти ЛЕТ (11 лет 11 месяцев 29 дней)

	8 лет	9 лет	10 лет	11 лет	12 лет
Дата осмотра					
Масса (вес)					
Рост					
Физическое развитие, окружность грудной клетки					
Нервно-психическое развитие					
Артериальное давление					
Осмотры: врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача					
детского хирурга					
ортопеда-травматолога					
офтальмолога					
отоларинголога					
невролога					
стоматолога					
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)					
Допуск к занятиям по физкультуре (группа)					
Вывод, назначения					
Врач (фамилия, подпись)					

XVI. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ РЕБЕНКА до 17-ти ЛЕТ (включительно)					
	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет
Дата осмотра					
Масса (вес)					
Рост					
Физическое развитие, окружность грудной клетки					
Нервно-психическое развитие					
Артериальное давление					
Осмотры: врача-педиатра/врача общей практики - семейного врача					
детского хирурга					
ортопеда-травматолога					
невролога					
эндокринолога					
офтальмолога					
отоларинголога					
стоматолога					
гинеколога детского и подросткового					
психолога					
Лабораторные исследования: крови (общий, на сахар), мочи, кала (на яйца глистов)					
Данные флюорографических обследований	*	*			
Допуск к занятиям по физкультуре (группа)					
Вывод, назначения					
Врач (фамилия, подпись)					

## XVII. ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА РЕБЕНКА до 17-ти ЛЕТ (включительно)

[illegible]

## XVIII. ЛИСТОК ТЕКУЩИХ НАБЛЮДЕНИЙ\*

[illegible]

\*Количество страниц должно быть не менее 20.

**\*\*Запись каждого посещения подчеркивается, заверяется подписью врача.**

## XIX. ЛИСТОК ТЕКУЩИХ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА РЕБЕНКОМ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ

[illegible]

МЕСТО ДЛЯ ПОДКЛЕИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗОВ И СПРАВОК

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации**  
**№ 112/у «История развития ребенка № \_\_\_\_\_»**

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 112/у «История развития ребенка № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 112/у).

2. Форма № 112/у является основным медицинским документом детских поликлиник, Центров первичной медико-санитарной помощи (далее – ЦПМСП), домов ребенка, учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, в составе которых есть детские отделения (кабинеты). Форма № 112/у предназначена для ведения записей о развитии и состоянии здоровья детей и медицинского обслуживания от рождения до 17 лет включительно.

3. Форма № 112/у заполняется на каждого ребенка при первом обращении в детскую поликлинику, ЦПМСП, при первом патронаже/вызове домой; в домах ребенка – с момента поступления ребенка.

4. На титульной странице после названия формы № 112/у указываются группа крови ребенка, резус-принадлежность и случаи аллергических реакций (на медикаменты, продукты питания, вакцины и тому подобное), аллергические заболевания.

5. Пункты 1-5 заполняются медицинской сестрой учреждения здравоохранения на основании данных талона 3 (сведения роддома, родильного отделения больницы о новорожденном) формы первичной учетной документации № 113/у «Обменная карта роддома, родильного отделения больницы» или формы первичной учетной документации № 103/у «Медицинское свидетельство о рождении», и при опросе родителей.

6. В пункте 1 титульной страницы указываются фамилия, имя, отчество ребенка.

7. В пунктах 2, 3 отмечаются дата рождения (число, месяц, год) и пол ребенка (мужской – 1, женский – 2).

8. В пункте 4 указываются местожительство ребенка и номер контактного телефона родителей.

9. В пункте 5 отмечается постоянно или временно ребенок проживает по указанному адресу. В случае временного проживания записывается наименование населенного пункта, из которого ребенок прибыл.

10. В пункт 6 вписывается информация о посещении (непосещении) учебного заведения (дошкольного, общеобразовательного) с указанием даты оформления, возраста ребенка, наименования заведения и даты выбытия из учебного заведения.

11. Пункты 7, 8 титульной страницы формы № 112/у содержат данные по диспансерному наблюдению.

При взятии ребенка на диспансерный учет, в пункте 7 указываются дата и заболевание, по поводу которого ребенок взят на учет.

Когда ребенок выбывает с диспансерного учета, в пункте 8 отмечаются дата и причина снятия его с учета. При переезде обязательно указывается, куда выбывает ребенок. В таком случае, с целью обеспечения преемственности наблюдения, форма № 112/у, согласно запросу с нового места жительства, должна передаваться в



соответствующую детскую поликлинику, ЦПМСП. При отсутствии запроса форма № 112/у хранится в картотеке регистратуры 3 года, а потом передается в архив.

12. Раздел I «Данные о семье» заполняется при первом посещении ребенка дома или при первом обращении в детскую поликлинику/ЦПМСП. В нем записывается информация о членах семьи, их месте работы (при наличии), отмечаются хронические заболевания, которые имеются у лиц, проживающих вместе с ребенком, указываются также дополнительные данные.

13. В разделе II «Данные о новорожденном» отмечаются даты выписки и получения сообщения о новорожденном из роддома, а также приклеивается талон 3 формы № 113/у.

14. Раздел III «Листок записи заключительных (уточненных) диагнозов» заполняется врачом соответствующей специальности на каждое заболевание, по поводу которого ребенок обратился в данное учреждение здравоохранения в отчетном году. Хронические заболевания, с которыми больной обращался в предыдущие годы и обратился в отчетном году, указываются в графе 3 один раз на протяжении года при первом обращении с проставлением знака "-" (минус). Заболевание, которое выявлено у больного впервые в жизни, считается вновь выявленным и отмечается в графе 4 со знаком "+" (плюс).

Все острые заболевания: грипп, острые респираторные вирусные инфекции, ангина, пневмонии, травмы и тому подобное каждый раз регистрируются со знаком "+" (плюс), то есть, учитываются, как впервые выявленные. Впервые в жизни выявленные хронические заболевания также регистрируются со знаком "+" (плюс). Каждая запись подтверждается подписью врача с указанием фамилии.

15. В разделе IV «Информация о госпитализации» указываются данные о госпитализации больного с указанием даты госпитализации, наименования учреждения здравоохранения, отделения, куда был госпитализирован больной, заключительного диагноза и даты выписки. Каждая запись подтверждается подписью врача.

16. В разделе V «Информация о выдаче листков нетрудоспособности по уходу за ребенком» отмечаются номер листка нетрудоспособности, даты его выдачи и закрытия, заключительный диагноз и код согласно МКБ-10, фамилия и подпись врача.

17. В разделе VI «Первичный врачебный патронаж новорожденного на дому» врач-педиатр или врач общей практики-семейный врач в пункте 6.1 описывает анамнез новорожденного (гестационный возраст, вес при рождении и при выписке, длину тела, окружность головы, контакт с носителями туберкулеза и ВИЧ/СПИДа, проведение прививок). Также при наличии указываются: вредные привычки, хронические, наследственные заболевания родителей, аллергические реакции.

В пункте 6.2 врач отмечает результаты осмотра органов и систем, описывает общее состояние ребенка. В пунктах 6.3, 6.4 указываются характер вскармливания и мероприятия по профилактике рахита.

Пункты 6.5 и 6.6 содержат информацию о признаках, угрожающих жизни ребенка, при возникновении которых следует немедленно обратиться за помощью к медицинским работникам, и консультации по вскармливанию и уходу за новорожденным, на что обращается особое внимание родителей.

В пункте 6.7 врач указывает план наблюдения (назначения и рекомендации).

Во время первичного патронажа врач предоставляет родителям информацию о графике работы врача и медицинской сестры поликлиники/ЦПМСП, номерах телефонов неотложной и скорой медицинской помощи (пункт 6.8), отмечает дату следующего осмотра на дому, дату проведенного патронажа и заверяет своей подписью с указанием фамилии. Кроме того, после проведенного патронажа на дому,

родители новорожденного ставят свои подписи, как подтверждение того, что они ознакомлены с рекомендациями и назначениями врача.

18. В разделе VII «Листок учета профилактических наблюдений за развитием ребенка до 3-х лет» участковая медицинская сестра или медицинская сестра врача общей практики-семейного врача отмечает даты профилактических осмотров ребенка от рождения до 3-х лет врачами-специалистами и наблюдений медицинской сестрой на дому.

19. В разделе VIII «Профилактика и лечение рахита» отмечаются назначения по профилактике и лечению рахита (цель назначения, виды препаратов, их дозы, периодичность приема препаратов витамина D, даты назначения препаратов и их отмены, ультрафиолетового облучения).

20. В разделе IX «Гимнастика и массаж» отмечаются названия комплексов, рекомендованных соответственно возрасту ребенка, даты назначений и отметки о выполнении.

21. В разделе X «Карта учета профилактических иммунизаций и реакций на прививку» отмечается информация о профилактических иммунизациях, указываются дата проведения иммунизации, возраст ребенка, доза, серия вакцины и реакция (местная, общая), отмечаются медицинские противопоказания к проведению прививок.

22. Раздел XI «Результаты профилактических осмотров ребенка 1-го года жизни» заполняет врач-педиатр или врач общей практики-семейный врач, который ведет наблюдение за развитием ребенка. Врач отмечает антропометрические данные ребенка от 1 до 12 месяцев (вес, рост, окружность головы и грудной клетки, размер большого родничка). По результатам оценки характера вскармливания, физического и нервно-психического развития, перенесенных острых заболеваний и имеющихся хронических заболеваний, а также данных осмотров соответствующих врачей, делается вывод об общем состоянии здоровья ребенка и соответствующие назначения, о чем делается отметка в конце этого раздела.

Раздел XII «Этапные эпикризы на 1-ом году жизни» заполняет врач-педиатр или врач общей практики-семейный врач, который ведет наблюдение за развитием ребенка. Врач отмечает такие данные ребенка от 1 до 12 месяцев, как количество зубов, размер большого родничка. По результатам оценки этих данных, а также характера вскармливания, уровней физического и нервно-психического развития, перенесенных острых заболеваний, имеющихся хронических заболеваний, в том числе уровня гемоглобина, врачом делается вывод о состоянии здоровья ребенка, о чем делается отметка в конце этого раздела.

23. В разделах XIII - XVI («Результаты профилактических и диспансерных осмотров ребенка 2-х и 3-х лет жизни», «Результаты профилактических осмотров ребенка от 4-х до 7-ми лет (6 лет 11 месяцев 29 дней)», «Результаты профилактических осмотров ребенка от 8-ми до 12-ти лет (11 лет 11 месяцев 29 дней)», «Результаты профилактических осмотров ребенка до 17-ти лет (включительно)» отмечаются данные о диспансерных и профилактических осмотрах и результатах осмотров детей 2-го, 3-го, с 3-х до 7-ми, с 8-ми до 12-ти, с 13-ти до 17-ти лет (включительно). При этом указываются антропометрические данные детей (вес, рост), отмечаются результаты осмотров ребенка врачами-специалистами, результаты лабораторных и других исследований, выводы и соответствующие назначения врача.

Все записи, выводы, назначения проводятся соответствующими врачами-специалистами и подписываются ими.

24. В разделе XVII «Этапные эпикризы на ребенка до 17-ти лет (включительно)» кратко описывается состояние здоровья ребенка 3, 6, 12, 15, 17 лет, указываются выводы и рекомендации, подписывается врачом с указанием фамилии и даты.

25. Раздел XVIII «Листок текущих наблюдений» предназначен для записи текущих наблюдений за ребенком во время посещения поликлиники/ЦПМСП или обслуживания вызовов врачами на дому. Текущий осмотр ребенка включает: характер посещения (профилактическое, по поводу заболевания), анамнез, данные о физическом развитии, клинические данные, выводы специалистов, диагноз и назначения (включая питание). Все записи подписываются врачом с указанием его специальности.

26. Для регистрации данных текущего наблюдения за ребенком медицинской сестрой предназначен раздел XIX формы № 112/у «Листок текущих наблюдений за ребенком медицинской сестрой». В этом разделе указываются дата посещения, порядковый номер патронажа, возраст ребенка, отмечается цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашения на прививку и тому подобное), делается соответствующая отметка о выполнении назначений, рекомендаций и т.п.

27. Формы № 112/у хранятся в картотеке регистратуры по годам рождения и передаются врачу в день посещения ребенком поликлиники/ЦПМСП или при посещении врачом ребенка на дому.

28. Форма № 112/у на детей до 1 года, как правило, хранится в кабинете врача-педиатра/врача общей практики-семейного врача для ее оперативного использования с целью обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мер.

29. При достижении ребенком возраста 17 лет включительно составляется подробный эпикриз и передается в поликлинику для взрослых по месту жительства или остается в ЦПМСП для дальнейшего обслуживания.

30. В случае ведения формы № 112/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

31. Срок хранения формы № 112/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

**№ 113/y**

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

**ОБМЕННАЯ КАРТА**

**родильного дома, родильного отделения больницы**

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_

3. Место жительства \_\_\_\_\_

**Талон 1. Сведения женской консультации о беременной***(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)*

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_ 3. Место жительства \_\_\_\_\_

4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции \_\_\_\_\_

5. Какая беременность \_\_\_\_\_, какие роды \_\_\_\_\_

6. Роды: срочные (год) \_\_\_\_\_

преждевременные (год, в каком сроке) \_\_\_\_\_

Ребенок родился с массой \_\_\_\_\_, живой, мертвый, умер (нужное подчеркнуть)

7. Было абортov \_\_\_\_\_ искусственные (год, в каком сроке) \_\_\_\_\_

самопроизвольные (год, в каком сроке) \_\_\_\_\_

8. Особенности течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода \_\_\_\_\_

9. Последняя менструация \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

10. Срок беременности \_\_\_\_\_ недель при первом посещении « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

11. Первое шевеление плода \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

12. Сделано посещений до 30 недель \_\_\_\_\_, после 30 недель \_\_\_\_\_

13. Размеры таза D.sp. \_\_\_\_\_ D.cr. \_\_\_\_\_ D. torch. \_\_\_\_\_  
C.ext. \_\_\_\_\_ C.diag. \_\_\_\_\_ C.vera. \_\_\_\_\_

14. Рост \_\_\_\_\_ Вес (масса) \_\_\_\_\_  
(при первом обращении)

15. Положение плода \_\_\_\_\_  
Предлежащая часть: головка, ягодицы, не определяется (подчеркнуть)  
Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов \_\_\_\_\_ в минуту, слева, справа (подчеркнуть)

16. Дата выдачи листка нетрудоспособности или справки по беременности и родам  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

17. Предполагаемый срок родов \_\_\_\_\_

### Лабораторные и другие исследования

18. Группа крови беременной \_\_\_\_\_ Rh-принадлежность \_\_\_\_\_  
Титр антител (дата) \_\_\_\_\_  
Группа крови отца ребенка \_\_\_\_\_ Rh-принадлежность \_\_\_\_\_

19. RW	20. ВИЧ	21. HbsAg
«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.
«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.

## 22. Клинический анализ крови

[illegible]

## 23. Общий анализ мочи

[illegible]

Бактериологическое исследование мочи: \_\_\_\_\_ (при первом обращении) \_\_\_\_\_ (в 35-36 недель)

## 24. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища

[illegible]



**25. Биохимические исследования (по показаниям)**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**26. Результаты обследования на TORCH-инфекции**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**27. Другие методы обследования**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**28. Обследования у других специалистов \_\_\_\_\_**

Терапевт      **I.** \_\_\_\_\_

**II.** \_\_\_\_\_

Стоматолог      \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**29. Консультация врача-генетика (6-8 недель):**

29.1 \_\_\_\_\_

**29.2 Скрининг на врожденные пороки развития плода (16-18 недель):**

АФП \_\_\_\_\_

ХГТ \_\_\_\_\_

Эстриол \_\_\_\_\_

**30. Исследования семьи на туберкулез:**

муж (ФЛГ) \_\_\_\_\_

дети (р. Манту) \_\_\_\_\_

**31. Ультразвуковое обследование**

1. (10-13 недель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. (16-21 недель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

3. (32-36 недель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

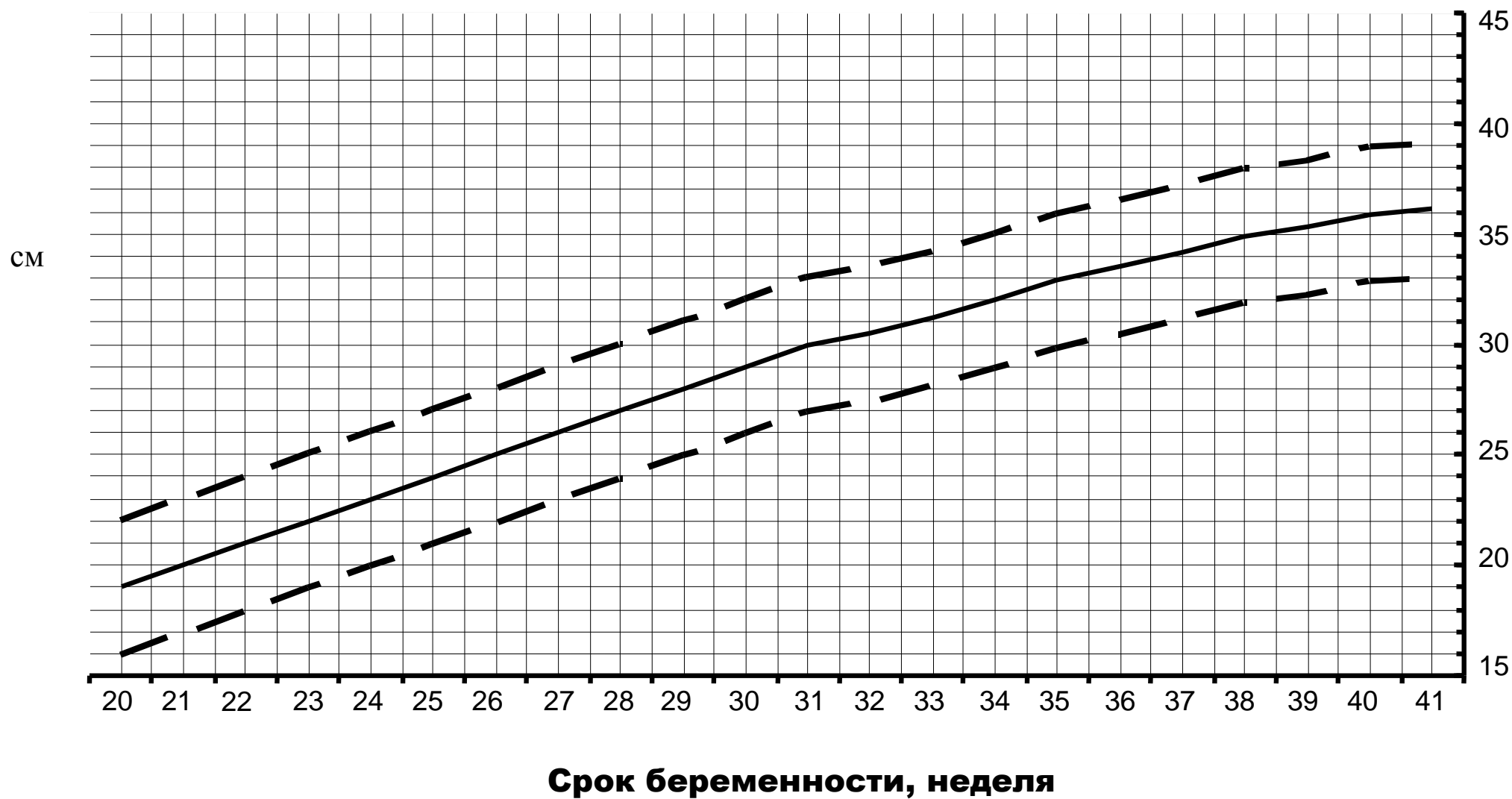
### 32. Психопрофилактическая подготовка (Школа подготовки семьи к родам)

Тема занятия	Дата	Кто проводит
Внутриутробное развитие плода		
Гигиена беременной женщины. Режим труда и отдыха. Рациональное питание		
Признаки начала родовой деятельности. Течение родов (периоды, типы дыхания, приемы обезболивания)		
Послеродовый период. Профилактика непланируемой беременности		
Грудное вскармливание. 10 принципов		
Психопрофилактическая роль партнерской поддержки во время родов		
Семейные роды - «рожаем вместе»		

## Лист госпитализации во время беременности

[illegible]

# Гравидограмма



### Дневник следующих посещений

[illegible]

### Тест движений плода (ТДП)

В комплексной оценке состояния плода большое значение имеет его двигательная активность. Уменьшение движений плода или изменение их характера необходимо рассматривать как симптом нарушения его состояния. Тест движения «Считай до 10» регистрирует сама беременная, начиная с 28 недель и до родов на специальной карте. Во время очередного посещения беременная предъявляет карту теста движений плода врачу.

Кроме теста «Считай до 10», можно использовать подсчет числа движений в течение одного часа 3 раза в день (7.00-8.00, 12.00-13.00, 18.00-19.00). Снижение числа движений плода до 10 и меньше за 12 часов или 3 и меньше за один час (в каждом интервале, который измеряется) рассматривается как сигнал тревоги и требует кардиомониторного контроля.

Часы		« _____ » недель							
	09.00								
	09.30								
	10.00								
	10.30								
	11.00								
	11.30								
	12.00								
	12.30								
	13.00								
	13.30								
	14.00								
	14.30								
	15.00								
	15.30								
	16.00								
	16.30								
	17.00								
	17.30								

	18.00								
	18.30								
	19.00								
	19.30								
	20.00								
	20.30								
	21.00								

<b>Число движений (меньше 10)</b>	<b>Число движений (меньше 10)</b>								
	9								
	8								
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
	1								
	0								

Фамилия, имя, отчество

Место жительства

Домашний телефон

Начато \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
недель.

При сроке беременности \_\_\_\_\_

Движения плода начинайте считать в 9.00. Когда почувствуете 10-ое движение, отметьте в таблице час.

Например: 10-й раз зарегистрирован Вами между 13.00 и 13.30 и отмечено в графе 1. На следующее утро начинайте считать движения снова.

Если с 9.00 до 20.00 вы почувствовали менее 10 движений, отметьте только их число за это время в нижней частице таблицы.

**Запомните, если в течение дня вы наблюдаете менее 10 движений плода, обратитесь к врачу за консультацией.**



Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

Идентификационный код

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

## МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 113/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0 2 0 6 2 0 1 5 № 012.1/41

## ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

Талон 2. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Место жительства \_\_\_\_\_

3. Роды прошли (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

4. От какой беременности по счету родился ребенок \_\_\_\_\_ со сроком беременности \_\_\_\_\_ недель,

Предыдущие беременности закончились: абортами (искусственными, самопроизвольными) \_\_\_\_\_,

родами \_\_\_\_\_, в т.ч. с мертвым плодом \_\_\_\_\_.

5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился \_\_\_\_\_ по счету.

6. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Течение послеродового периода (заболевания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Выписана на \_\_\_\_\_ день после родов

10. Состоянии матери при выписке \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Состояние ребенка при рождении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

в роддоме \_\_\_\_\_

при выписке \_\_\_\_\_

12. Вес ребенка: при рождении \_\_\_\_\_, при выписке \_\_\_\_\_

13. Рост ребенка при рождении \_\_\_\_\_

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Особые замечания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач акушер-гинеколог \_\_\_\_\_

(фамилия, подпись)

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

Идентификационный код

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

## МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 113/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

## ОБМЕННАЯ КАРТА

**родильного дома, родильного отделения больницы**

### Талон 3. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном

1. Фамилия, имя, отчество родильницы \_\_\_\_\_

2. Место жительства \_\_\_\_\_

3. Роды состоялись \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

4. От какой беременности по счету родился ребенок \_\_\_\_\_ со сроком беременности \_\_\_\_\_ недель,

Предыдущие беременности закончились: абортами (искусственными, самопроизвольными) \_\_\_\_\_,

родами \_\_\_\_\_, в т.ч. с мертвым плодом \_\_\_\_\_.

5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился \_\_\_\_\_ по счету.

6. Особенности течения беременности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Обезболивание применялось, нет (*подчеркнуть*), какое, эффективность \_\_\_\_\_

9. Течение послеродового периода (заболевания) \_\_\_\_\_

10. Выписан на \_\_\_\_\_ день после родов

11. Состояние матери при выписке \_\_\_\_\_

### Сведения о новорожденном

12. Пол ребенка: мальчик, девочка (*подчеркнуть*), рост при рождении \_\_\_\_\_ см,  
вес при рождении \_\_\_\_\_ г, при выписке \_\_\_\_\_ г.

13. Физиологическая потеря массы тела \_\_\_\_\_ г, вес стабилизировался на \_\_\_\_\_ сутки.

14. Состояние ребенка:

при рождении - оценка по шкале Апгар - закричал: сразу: нет (*подчеркнуть*),

применялись ли средства по оживлению (какие) \_\_\_\_\_

совместное пребывание с матерью с \_\_\_\_\_ часов после родов,

прикладывание к груди на \_\_\_\_\_ час после родов, кормление грудью достаточное: да, нет (*подчеркнуть*),

вскармливание - грудное, сцеженным молоком матери (*подчеркнуть*), в случае перевода на искусственное вскармливание – указать причину \_\_\_\_\_

вскармливание молочной смесью, докорм (указать, чем именно) в объеме \_\_\_\_\_

пупочный остаток отпал на \_\_\_\_\_ сутки, состояние пупочной ранки (чистая, сухая, другое) \_\_\_\_\_

15. Течение периода адаптации \_\_\_\_\_

16. Дополнительные обследования \_\_\_\_\_

17. Терапия, режим \_\_\_\_\_

18. Вакцинация БЦЖ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. 0,05 мг. в 1 мл; серия \_\_\_\_\_, контроль \_\_\_\_\_. Если нет, то указать причину \_\_\_\_\_,

ВГВ \_\_\_\_\_

Срок годности \_\_\_\_\_, производитель \_\_\_\_\_

19. Скрининг на ФКУ: дата \_\_\_\_\_, результат \_\_\_\_\_

20. Лекция по уходу за ребенком и вскармливанию проведена \_\_\_\_\_,

кем (врач - неонатолог, медсестра) \_\_\_\_\_

21. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на \_\_\_\_\_ сутки с массой тела \_\_\_\_\_ г.

22. Диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Рекомендовано: осмотр участкового врача в первые двое суток после выписки, консультации.

24. Группа здоровья \_\_\_\_\_

25. Рекомендации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Особые замечания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Врач акушер-гинеколог \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Врач педиатр - неонатолог \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Зав. родильным отделением \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации №113/у**  
**«Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы»**

1. Форма первичной учетной документации №113/у «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (далее – форма №113/у) является одним из основных документов учреждений здравоохранения независимо от ведомственного подчинения и формы собственности, содержит сведения об оказании специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

2. Форма №113/у состоит из трех отрывных талонов: талон 1 «Сведения женской консультации о беременной» (далее - талон 1), талон 2 «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице» (далее - талон 2), талон 3 «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном» (далее - талон 3) и предназначается для осуществления последовательного наблюдения за женщиной и ее ребенком женской консультацией, акушерским стационаром и детской поликлиникой. Обменная карта выдается женской консультацией на руки каждой беременной с момента взятия на учет.

3. Врач женской консультации при заполнении талона 1 подробно записывает данные об особенностях течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода и тех особенностях течения данной беременности и состояния беременной, которые имеют важное значение для врача, ведущего роды у данной женщины.

При посещении женской консультации беременная приносит обменную карту для записей в нее данных последующих осмотров и исследований. При госпитализации в стационар (на роды или в отделение патологии беременности) беременная должна предъявить обменную карту.

Талон 1 сохраняется в форме №096/у «История родов».

4. Талон 2 заполняется в акушерском стационаре перед выпиской родильницы и выдается ей для передачи в женскую консультацию. В особых случаях талон 2 направляется в женскую консультацию по почте или нарочным.

Врач акушерского стационара при заполнении талона 2 подробно записывает сведения об особенностях течения родов, послеродового периода и состояния родильницы, требующих специального наблюдения за ней или предоставления ей послеродового отпуска продолжительностью 86 или 110 календарных дней в соответствии со ст. 19 «Отпуск по беременности и родам» Закона Донецкой Народной Республики «Об отпусках».

Талон 2 хранится в форме №111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

5. Талон 3 заполняется перед выпиской новорожденного и выдается матери для передачи его в детскую поликлинику. Это не освобождает акушерский стационар от необходимости извещения детской поликлиники о выписке новорожденного (в день

выписки). Врачи акушерского стационара (акушер и педиатр) при заполнении талона 3 подробно вписывают в него сведения об особенностях родов и состоянии новорожденного, требующие специального ухода за ним после выписки из стационара.

Талон 3 сохраняется в форме №112/у «История развития ребенка».

6. В случае ведения формы № 113-у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41Наименование министерства, другого органа исполнительной  
власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере  
управления которого принадлежит учреждение  
здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый адрес)  
учреждения здравоохранения, где заполняется форма

Идентификационный код | | | | | | | |

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 138/у

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

|02|06|20|15| № |012.1/41|

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41Наименование министерства, другого органа  
исполнительной власти, предприятия, учреждения,  
организации, к сфере управления которого  
принадлежит учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый  
адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется  
форма

Идентификационный код | | | | | | | |

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 138/у

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

|02|06|20|15| № |012.1/41|

**КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН**к справке № \_\_\_\_\_  
о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

1. Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы:

2. Место работы:

3. Домашний адрес:

4. Сведения о ребенке:

5. Диагноз: (фамилия, имя, возраст)

6. Дошкольное учреждение, школа \_\_\_\_\_  
(подчеркнуть, вписать)

7. Освобожден(на) от работы:

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Фамилия врача, выдавшего справку  
(разборчиво) \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись получившего справку \_\_\_\_\_

**СПРАВКА № \_\_\_\_\_**

о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

1. Фамилия, имя, отчество освобожденного от работы:

2. Место работы:

3. Домашний адрес:

4. Сведения о ребенке:

5. Диагноз: (фамилия, имя, возраст)

6. Дошкольное учреждение, школа \_\_\_\_\_  
(подчеркнуть, вписать)

7. Освобожден(на) от работы:

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

8. Приступить к работе с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Должность и фамилия врача

М.П.

Подпись врача

Подпись зав. отд.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 138/у**  
**«Справка № \_\_\_\_\_ о временном освобождении от работы по уходу**  
**за больным ребенком»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 138/у «Справка № \_\_\_\_ о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком» (далее – форма № 138/у).
2. Форма № 138/у заполняется лечащим врачом учреждения здравоохранения.
3. В левом верхнем углу формы № 138/у указываются наименование и местонахождение учреждения здравоохранения, в котором заполнялась форма.
4. Под названием формы указывается дата (число, месяц, год) ее выдачи.
5. В пункте 1 формы указывается Ф.И.О. лица, освобожденного от работы и степень родства с ребенком.
6. В пункте 2 указываются место работы лица, которому выдана справка.
7. В пункте 3 указывается домашний адрес (полностью).
8. В пункте 4 указываются фамилия, имя, отчество ребенка, возраст (полных лет и месяцев).
9. В пункте 5 указывается диагноз ребенка.
10. В пункте 6 указывается название дошкольного или школьного заведения, которое посещает ребенок.
11. В пункте 7 указывается период освобождения лица, осуществляющего уход за ребенком.
12. В пункте 8 указывается дата (полностью), с которой лицо, ухаживающее за ребенком, должно приступить к работе.
13. Форма № 138/у удостоверяется подписью врача, который заполнил справку и заведующего отделением (амбулаторией), заверяется печатью учреждения здравоохранения.
14. После заполнения формы № 138/у аналогичные данные указываются в контрольном талоне, который остается в учреждении здравоохранения для учета выданных справок.
15. Информация о выдаче формы № 138/у записывается в форму № 112/у «История развития ребенка».
16. Контрольные талоны к форме № 138/у хранятся в учреждении здравоохранения в течение 1 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

## УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации <b>№ 147/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики    0   2   0   6   2   0   1   5   № 012.1/41	Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации <b>№ 147/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики    0   2   0   6   2   0   1   5   № 012.1/41
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма		Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Идентификационный код		Идентификационный код	
<b>КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № _____</b> <b>для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования</b> первичная, продолжение <b>справки № _____</b> (необходимое подчеркнуть) Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г. Фамилия, имя, отчество: _____ Год рождения: _____ Место жительства: _____ Период предоставления государственной помощи: с _____ 20 ____ г. (число и месяц писать буквами) по _____ 20 ____ г. (число и месяц писать буквами) Подпись лица, выдавшего справку _____ (подпись, фамилия полностью) Подпись лица, получившего справку _____ (подпись, фамилия полностью)		<b>СПРАВКА № _____</b> <b>для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования</b> первичная, продолжение <b>справки № _____</b> (необходимое подчеркнуть) Дата выдачи « _____ » _____ 20 ____ г. Выдана _____ (фамилия, имя, отчество женщины) Год рождения: _____ Место жительства _____ в том, что она находится на учете по поводу беременности/ у нее произошли роды - _____ (необходимое подчеркнуть) _____ (дата) _____ (название учреждения здравоохранения) и на « _____ » _____ 20 ____ г. срок беременности _____ недель Период предоставления государственной помощи: с _____ 20 ____ г. (число и месяц писать буквами) по _____ 20 ____ г. (число и месяц писать буквами) М.П. _____ учреждения здравоохранения Врач _____ (подпись, фамилия полностью) Руководитель учреждения здравоохранения _____ (подпись, фамилия полностью)	

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 147/у**  
**«Справка № \_\_\_\_ для назначения и выплаты государственной**  
**помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в**  
**системе общеобязательного государственного социального страхования»**

1. Форма первичной учетной документации № 147/у «Справка № \_\_\_\_ для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования» (далее – форма № 147/у) выдается беременным женщинам и роженицам (в том числе несовершеннолетним) из числа:

1.1. Служащих Министерства обороны Донецкой Народной Республики, Министерства государственной безопасности Донецкой Народной Республики, Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий Донецкой Народной Республики, Министерства доходов и сборов, других воинских формирований, а также лиц офицерского и рядового состава органов внутренних дел.

1.2. Уволенных с работы в связи с ликвидацией предприятия, учреждения и организации независимо от формы собственности при условии, что беременная женщина была уволена с работы не ранее чем за 6 месяцев до наступления права на получение помощи.

1.3. Зарегистрированных в государственной службе занятости как безработные.

1.4. Аспиранток, докторанток, клинических ординаторов, студенток ВУЗов.

1.5. Неработающих женщин.

2. Форма № 147/у выдается гражданам Донецкой Народной Республики, иностранкам и лицам без гражданства, которые постоянно проживают в Донецкой Народной Республике, а так же лицам, получившим статус беженца, имеющим право на государственную помощь на условиях, предусмотренных законами и международными договорами Донецкой Народной Республики.

3. Право выдачи формы № 147/у имеют врачи учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики, в которых осуществляется наблюдение за беременными и/или акушерская помощь.

4. Форма № 147/у предоставляется в органы, которые назначают и осуществляют выплату такой помощи.

5. Бланки формы № 147/у с контрольными талонами должны быть прошиты, пронумерованы, и храниться вместе с формой №147-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования» (далее – форма № 147-1/у) у лица, назначенного приказом руководителя учреждения здравоохранения, ответственным за выдачу (получение) этих документов.

6. Форма № 147/у заполняется на основании записей врача акушера-гинеколога в «Индивидуальной карте беременной и роженицы» в 30 недель беременности или в «Истории родов» во время выписки роженицы из родильного стационара.

7. Беременным женщинам, которые отнесены к 1–3 категории лиц, пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС и в результате боевых действий на территории Донецкой и Луганской Народных Республик, справка выдается с 27 недель беременности.

8. Форма № 147/у заполняется на русском языке, разборчивым почерком, без исправлений.

8.1. Подчеркиваются слова «первичная» или «продолжение», в случае продления указывается номер предыдущей справки.

8.2. Полностью пишется буквами фамилия, имя, отчество и адрес женщины, год рождения – цифрами.

8.3. Полностью указывается название учреждения здравоохранения, в котором находится на учете беременная или в котором произошли роды. В последнем случае цифрами указывается дата родов. В случае выдачи справки беременной указывается срок беременности на день заполнения формы № 147/у.

8.4. В датах первого и последнего дня периода, за который женщина имеет право на получение государственной помощи в связи с беременностью и родами число и месяц пишутся буквами, год – цифрами.

9. Форма № 147/у в связи с беременностью и родами выдается по месту наблюдения за беременной с 30 недель беременности одновременно на 140 календарных дней – при одноплодной беременности (70 дней до родов и 70 дней после родов), на 194 календарных дня - при многоплодной беременности (84 дня до родов и 110 дня после родов).

10. В случае патологических родов, при одноплодной беременности дополнительно выдается форма № 147/у на 16 календарных дней.

11. В случае родов у женщин, которые не наблюдались по поводу беременности до дня родов, форма № 147/у заполняется и выдается в родильном доме (отделении), в котором проходили роды, на период длительности послеродового отпуска на общих основаниях.

12. При преждевременных родах до 30 недель беременности форма № 147/у в связи с беременностью и родами выдается учреждением здравоохранения, в котором произошли роды, на 140 календарных дней в случае рождения живого ребенка, а в случае мертворождения при таких родах – на 70 календарных дней от дня родов.

13. Форма № 147/у заверяется подписями врача акушера – гинеколога, запись которого в индивидуальной карте беременной или в истории родов является основанием для ее заполнения и выдачи, руководителя учреждения здравоохранения (или его заместителя) и печатью этого учреждения.

14. Контрольный талон заполняется в соответствии с формой № 147/у, остается в учреждении здравоохранения и хранится в течение 3-х лет.

15. О выдаче формы № 147/у делается соответствующая запись в индивидуальной карте беременной или в истории родов с указанием периода назначения государственной помощи и номера выданной справки, а лицо, назначенное приказом руководителя учреждения здравоохранения ответственным за выдачу (получение) бланков форм № 147/у, делает соответствующую запись в журнале.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p>		<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b></p>								
		<p>Форма первичной учетной документации</p>								
<p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</p>		<p><b>№ 147-1/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b></p>								
<p>Идентификационный код</p>		<p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <u>012.1/41</u></p>	0	2	0	6	2	0	1	5
0	2	0	6	2	0	1	5			

<p><b>Ж У Р Н А Л</b> <b>регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования</b></p>	
<p>Начат « _____ » _____ 20 ____ г.</p>	<p>Окончен « _____ » _____ 20 ____ г.</p>

[illegible]

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 147-1/у  
«Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения  
и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не  
застрахованным в системе общеобязательного государственного социального  
страхования»**

1. Форма первичной учетной документации № 147-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) справок для назначения и выплаты государственной помощи в связи с беременностью и родами женщинам, не застрахованным в системе общеобязательного государственного социального страхования» (далее – форма № 147-1/у) хранится и заполняется лицом, назначенным приказом руководителя учреждения здравоохранения, ответственным за выдачу (получение) бланков формы № 147-1/у.

2. Форма № 147-1/у должна быть пронумерована, прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

3. Все графы формы № 147-1/у заполняются на русском языке, разборчивым почерком, без исправлений.

4. Графы с 1 по 4 заполняются в день получения ответственным лицом бланков формы № 147-1/у, после чего в графе 5 указывается его фамилия и подпись.

5. Графы с 6 по 14 заполняются на основании записей в «Индивидуальной карте беременной и роженицы» или в «Истории родов», а также самой формы № 147-1/у.

6. В графе 8 фамилия, имя и отчество лица, получившего форму № 147-1/у, указывается полностью.

7. В графе 14 указываются фамилия и подпись лица, выдающего форму № 147-1/у.

8. В графе 15 – подпись лица, получившего форму № 147-1/у.

9. В случае ведения формы № 147-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе

10. Срок хранения формы № 147-1/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____  Наименование и местонахождение (полный почтовый адресов) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____  Идентификационный код _____		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 151/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики    0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41
--	--	---

<b>ЖУРНАЛ</b> <b>регистрации врачебных свидетельств (фельдшерских справок) о смерти</b> Начат «_____» _____ 20_____ г. Окончен «_____» _____ 20_____ г.											
№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения (год, месяц, число)	Дата смерти (год, месяц, число)	Место постоянного проживания	Место смерти (дома, в больнице, на улице и т.п.)	Причина смерти		Другие важные заболевания, способствовавшие смерти	Кто выдал свидетельство о смерти (патологоанатом, врач, констатировав- ший смерть, фельдшер)	Примечание врача, ответственного за правильность кодировки и основной причины смерти
							а) непосред- ственная причина смерти (заболевание или осложнение основного заболевания, которое привело к смерти)	б) основное заболевание, которое обусловило непосредст- венную причину смерти			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной  
документации № 151/у «Журнал регистрации врачебных свидетельств  
(фельдшерских справок) о смерти»**

1. Форма первичной учетной документации №151/у «Журнал регистрации врачебных свидетельств (фельдшерских справок) о смерти» (далее – форма №151/у) ведут все учреждения здравоохранения, которые выдают "Врачебное свидетельство о смерти" (форма №106/у или "Фельдшерскую справку о смерти" (форма № 106-1/у).

2. Регистрация умерших в форме №151/у проводится параллельно с выдачей окончательного врачебного свидетельства (фельдшерской справки) о смерти.

3. Местожителство определяется по адресу прописки в паспорте умершего.

4. Данные о числе умерших ежемесячно передаются в центральную городскую (районную) больницу для сверки полноты учета умерших в целом по территории обслуживания.

5. Для умерших, которые пострадали вследствие аварии на Чернобыльской АЭС, в графе 12 формы №151/у нужно сделать соответствующую пометку и указать категорию. Эти данные записываются на основании удостоверения гражданина, который пострадал в результате Чернобыльской катастрофы (указывается серия и номер, дата выдачи удостоверения).

6 В графе 12 формы №151/у указывается код основной причины смерти (заболевания) в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, правильность выбора которого контролирует врач на которого приказом по учреждению здравоохранения возложена ответственность за выдачу врачебных свидетельств и ведения формы № 151/у.

7. В случае ведения формы № 151/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

8. Срок хранения формы № 151/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной  
власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления  
которого принадлежит учреждение здравоохранения

\_\_\_\_\_

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес)  
учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

\_\_\_\_\_

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
**№ 153/у**

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

 № 

012.1/41
----------

**Ж У Р Н А Л**  
**учета случаев перинатальной смерти**

Начат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Окончен «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации №153/у**  
**«Журнал учета случаев перинатальной смерти»**

1. Форму №153/у «Журнал учета случаев перинатальной смерти» (далее – форма № 153/у) заполняют учреждения здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, которые осуществляют регистрацию каждого случая перинатальной смерти в органах ЗАГС.

2. Форма №153/у прошивается, страницы нумеруются, заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

3. Форма №153/у заполняется ручкой разборчивым почерком.

Неправильно заполненные данные зачеркиваются, делается запись «аннулировано» и ставятся подписи лица, сделавшего запись и заведующего отделением, заверяются печатью учреждения здравоохранения.

4. Данные о перинатальной смерти в форме №153/у должны заполняться на основании формы №106-2/у «Врачебное свидетельство о перинатальной смерти», которое оформляется в порядке, определенном Инструкцией о порядке заполнения и регистрации случаев смерти детей в перинатальном периоде, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09 января 2015 № 12 «Об упорядочении ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти», зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 30 января 2015 за № 30.

5. В графах 8, 9 указываются:

- в случае смерти ребенка в раннем неонатальном периоде номер и дата регистрации медицинского свидетельства о рождении и врачебного свидетельства о перинатальной смерти в органах ЗАГС (соответствующие номера актов записей),
- в случае рождения мертвого ребенка номер и дата регистрации врачебного свидетельства о перинатальной смерти в органах ЗАГС (номер актовой записи).

5. В случае ведения формы № 153/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Срок хранения формы №153/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой