

ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

ПРИКАЗ № 312

от « 12 » 03 2015 года



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

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/у «Журнал учета приема больных в стационар» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.2. Форму первичной учетной документации № 001-1/у «Журнал учета отказов в госпитализации» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.3. Форму первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта № ____ стационарного больного» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.4. Форму первичной учетной документации № 003-4/у «Листок врачебных назначений» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.5. Форму первичной учетной документации № 004/у «Температурный лист» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.6. Форму первичной учетной документации № 005/у «Листок регистрации переливаний трансфузионных жидкостей» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.7. Форму первичной учетной документации № 007/у «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.8. Форму первичной учетной документации № 008/у «Журнал записей оперативных вмешательств в стационаре» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.9. Форму первичной учетной документации № 009/у «Журнал регистрации переливания трансфузионных жидкостей» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

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

1.11. Форму первичной учетной документации № 013/у «Протокол патологоанатомического исследования № _____» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.12. Форму первичной учетной документации № 014/у «Направление на патологогистологическое исследование» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.13. Форму первичной учетной документации № 015/у «Журнал регистрации поступления и выдачи трупов» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.14. Форму первичной учетной документации № 016/у «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.15. Форму первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № ____» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.16. Форму первичной учетной документации № 025-6/у «Талон амбулаторного пациента» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.17. Форму первичной учетной документации № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.18. Форму первичной учетной документации № 027-1/у «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.19. Форму первичной учетной документации № 027-2/у «Протокол о выявлении у больного запущенной формы злокачественного новообразования» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.20. Форму первичной учетной документации № 027-3/у «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.21. Форму первичной учетной документации № 028/у «Консультативное заключение специалиста» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.22. Форму первичной учетной документации № 029/у «Журнал учета процедур» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.23. Форму первичной учетной документации № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.24. Форму первичной учетной документации № 030-6/у «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием № ____» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.25. Форму первичной учетной документации № 031/у «Книга записи вызовов врача на дом» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.26. Форму первичной учетной документации № 039/у «Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, центре первичной медико-санитарной помощи, консультации на дому» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.27. Форму первичной учетной документации № 066/у «Карта больного, выбывшего из стационара № ____» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.28. Форму первичной учетной документации № 069/у «Журнал записи амбулаторных операций» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.29. Форму первичной учетной документации № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.30. Форму первичной учетной документации № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.31. Форму первичной учетной документации № 131/у «Карта учета диспансеризации» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

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

3. Юридическому отделу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (Залевской И.А.) 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 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
	Форма первичной учетной документации № 001/у
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма	УТВЕРЖДЕНО
	Приказ МЗ Донецкой Народной Республики
Код	1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2

ЖУРНАЛ
учета приема больных в стационар

Начат « » 20 года Окончен « » 20 года

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 001/у «Журнал учета приема больных в стационар»

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 001/у «Журнал учета приема больных в стационар» (далее – форма № 001/у).

2. Форма № 001/у предназначена для регистрации больных, которые были госпитализированы в стационар. Данные о больном вписываются в журнал только в случае окончательного решения о госпитализации больного.

3. Форма № 001/у ведется в приемных отделениях специализированных и многопрофильных больниц, центров, диспансеров, санаторно-курортных учреждениях, в роддомах и родильных отделениях больниц для регистрации гинекологических больных и женщин, которые госпитализируются по поводу прерывания беременности со сроком до 12 недель. При госпитализации женщин со сроком беременности свыше 12 недель в роддомах и родильных отделениях больниц заполняется учетная форма № 002/у «Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц».

4. Инфекционные отделения больницы ведут самостоятельно журналы приема больных, данные которых не должны дублировать форму № 001/у приемного отделения больницы.

5. В форме № 001/у указывается каждый больной, который обратился в приемное отделение с направлением на госпитализацию, обратился самостоятельно по поводу заболевания или доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационар и был госпитализирован.

6. В графе 1 указывается порядковый номер госпитализации больного.

7. В графах 2, 3 отмечаются дата и время госпитализации больного.

8. В графе 4 указывается фамилия, имя и отчество больного по паспорту или со слов больного или лица, сопровождающего больного.

9. В графе 5 отмечается дата рождения больного.

10. В графе 6 указывается место жительства больного в соответствии с паспортными данными или место жительства родственников, близких и номера их телефонов.

11. В графе 7 указывается наименование учреждения здравоохранения, которым был направлен больной, или фамилия, имя, отчество лица, доставившего больного.

12. В графах 8, 9 отмечаются отделение, в которое был госпитализирован больной, и номер медицинской карты стационарного больного.

13. В графе 10 указывается диагноз направившего учреждения здравоохранения.

14. В графе 11 отмечается заключительный диагноз больного при выписке его из стационара.

15. В графе 12 указывается информация о выписанном, умершем или переведенном в другой стационар больном с указанием даты и наименования учреждения здравоохранения, куда переведен больной. Графы 11, 12 заполняются на основании данных медицинской карты стационарного больного при выписке, смерти больного или в случае перевода его в другой стационар.

16. Форма № 001/у должна быть пронумерована, прошита, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

17. В случае ведения формы № 001/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

18. Срок хранения формы № 001/у – 25 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

<div>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</div> <div></div> <div></div> <div>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма</div> <div></div> <div></div> <div>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 № 001-1/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</div> <div>1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2 </div> <div></div>
<div>Ж У Р Н А Л</div> <div>учета отказов в госпитализации</div> <div>Начат « » 20 года</div> <div>Окончен « » 20 года</div>	

[illegible]

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению формы первичной учетной документации № 001-1/у
«Журнал учета отказов в госпитализации»

«Журнал учета отказов в госпитализации» (далее – форма № 001-1/у) предназначен для регистрации больных, обратившихся с направлением в приемное отделение по поводу госпитализации, но по тем или иным причинам им в госпитализации отказано.

Записи в форме № 001-1/у позволяют анализировать данные о частоте и причинах отказов в госпитализации.

Форма № 001-1/у заполняется в приемном отделении больницы, где записываются сведения о больных, которые не госпитализируются.

В графах 2-6 указываются дата и время обращения больного, паспортные данные и место жительства.

Графы 7-9 заполняются на основании направления на госпитализацию, а также указывается диагноз, установленный в приемном отделении.

В графе 10 указывается причина отказа в госпитализации (отсутствие показаний, направление в другой стационар, отказ самого больного и т.п.) приводится описание объективного состояния больного на время отказа в госпитализации. Конкретно указываются принятые меры (оказанная амбулаторная помощь, направление в другой соответствующий стационар, что рекомендовано больному и т.д.).

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре, даже если больной отказался сам от необходимой ему госпитализации, в т.ч. и при самообращении больного в приемное отделение.

Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в форме № 001-1/у регистрируется отдельно в случае если в учреждении здравоохранения несколько приемных отделений.

Форма № 001-1/у заполняется в каждом из приемных отделений.

В случае ведения формы № 001-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения формы № 001-1/у – 15 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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 Код		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	
		Форма первичной учетной документации № 003/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2	

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____
стационарного больного

Дата и время поступления	
Дата и время выписки	
Отделение	
Переведен в отделение	
Проведено койко-дней	
Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти _____ (подчеркнуть)	
Группа крови	Резус-принадлежность
Побочное действие лекарств (непереносимость)	
(название препарата, характер побочного действия)	
1. Фамилия, имя, отчество больного	
2. Пол муж.-1; жен.-2	
3. Возраст	Полных лет, для детей: до 1 года – месяцев до 1 месяца – дней
(число, месяц, год)	
4. Постоянное место жительства: город-1, село-2	
(вписать адрес, указав для приезжих - область, район)	
(населенный пункт, адрес родственников и № телефона)	
5. Место работы, профессия или должность	(для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы)
(для инвалидов - род и группа инвалидности, ИОВ – да, нет подчеркнуть)	
6. Кем направлен больной	(название лечебного учреждения)
7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: 1-да, через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке-2	
8. Диагноз направившего учреждения	
9. Диагноз при поступлении	
10. Диагноз клинический	
	Дата установления
	«_____» _____ 20__ г
	Врач
	фамилия, подпись

11. Диагноз заключительный клинический

а) основной:

Код МКБ-10

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

б) осложнение основного:

в) сопутствующий:

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые-1, повторно-2,

всего _____ раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения

№ п/п	Название операции	Дата, час, мин.	Метод обезболивания	Осложнения	Хирург Ф.И.О.	Анестезиолог Ф.И.О.

Оперировал _____

14. Другие виды лечения

(указать)

Для больных злокачественными новообразованиями

1. Специальное лечение: хирургическое, лучевое (дистанционная гамматерапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами

2. Паллиативное _____

3. Симптоматическое лечение _____

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

16. Внесение диагноза в лист нетрудоспособности согласен (а), не согласен (б) (подчеркнуть)

17. Трудоспособность восстановлена полностью-1, снижена-2, временно утрачена-3, стойко утрачена-4 (в связи с данным заболеванием, с другими причинами)

18. Исход заболевания: выписан – с выздоровлением-1, с улучшением-2, без перемен-4, с ухудшением-3, переведен в другое учреждение-6, умер-5 (подчеркнуть)

(название лечебного учреждения)

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница

19. Для поступивших на экспертизу-заключение

20. Особые отметки

онкологический, профилактический осмотр

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

(число, месяц, год)

флюорографическое (Ро-логическое профобследование)

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

(число, месяц, год)

21. Отметка о страховании

Лечащий врач

Зав. отделением

Фамилия подпись

Фамилия подпись

ЗАПИСЬ ВРАЧА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ

продолжение ф. № 003/у

Жалобы

Анамнез болезни

Анамнез жизни

Объективное
состояние больного

**ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ, АНАМНЕЗ ЖИЗНИ, ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО,
ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ, ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

[illegible]

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ
(лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические, функциональной диагностики ...)

[illegible]

ЛИСТОК ОСМОТРА И КОНСУЛЬТАЦИЙ СПЕЦИАЛИСТАМИ

[illegible]

№ палаты

(переводной, **выписной**, посмертный)
(подчеркнуть)

[illegible]

а) основной:	
б) осложнение основного:	
в) сопутствующий:	
Лечение:	
Лечебные и трудовые рекомендации:	
Эффективность лечения:	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div> <p>выписан с выздоровлением–1, с улучшением–2, с ухудшением–3, без перемен–4, умер–5, переведен в другое медицинское учреждение–6</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> </div>

Лечащий врач _____
Ф.И.О.

подпись

Заведующий отделением _____
Ф.И.О.

подпись

« _____ » _____ 20 ____ года

**ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА (карты)
патолого-анатомического обследования № _____**

Наименование учреждения составившего протокол _____	
Дата вскрытия <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> (число, месяц, год)	
Патолого-анатомический диагноз: _____	

а) основной _____	

б) осложнение основного _____	

в) сопутствующий _____	

Совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов: полное совпадение—0 <input type="checkbox"/>	
Расхождение диагнозов: основного—1, сопутствующего—2, осложнений—3, полное расхождение—4 (подчеркнуть) <input type="checkbox"/>	
Причина расхождения диагнозов: объективные трудности диагностики—1, кратковременное пребывание в больнице—2, недообследование больного—3, переоценка данных обследования—4, редкое заболевание—5, неправильное оформление диагноза—6 (подчеркнуть) <input type="checkbox"/>	
Причина смерти в соответствии (п. 11 врачебного свидетельства о смерти) № _____	
<input type="checkbox"/>	I. а) _____ (непосредственная причина смерти)
<input type="checkbox"/>	б) _____
<input type="checkbox"/>	в) _____
<input type="checkbox"/>	г) _____
(б, в, г - заболевание и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; основная причина смерти указывается в последнюю очередь)	
Прочие существенные состояния (конкурирующие, объединенные, фоновые, подчеркнуть) которые способствовали смерти, но не были связаны с заболеванием или его осложнением, которое есть непосредственной причиной смерти	
В случае смерти женщины во время беременности или после родов в течение одного года указать неделю беременности _____, день послеродового периода _____, неделя после родов _____	
Код МКБ-10 <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	

приблизительное время
между началом заболевания и смертью

Патологоанатом _____ Ф.И.О.

подпись

Заведующий
патолого-анатомическим отделением

_____ Ф.И.О.

подпись

« _____ » _____ 20 ____ года

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению формы первичной учетной документации № 003/у
«Медицинская карта № _____ стационарного больного»

Форма № 003/у «Медицинская карта № _____ стационарного больного» (далее – форма № 003/у) является основным медицинским документом стационара и заполняется на каждого поступившего в стационар больного. Форма № 003/у ведется во всех больницах, стационарах диспансерах, центрах, территориальных медицинских объединениях, клиниках высших учебных заведений, НИИ, санаториях.

Форма № 003/у содержит необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований, назначения.

Форма № 003/у служит для организации контроля лечебно-диагностического процесса и качества медицинской помощи, кроме того она является юридическим документом и используется при разборе конфликтных ситуаций (вплоть до судебного разбирательства), а также выступает в качестве первичного документа при формировании калькуляции стоимости оказанных медицинских услуг в стационаре.

Основными правилами при формировании формы № 003/у являются следующие:

- 1) все записи должны быть читабельными, четкими;
- 2) все записи медицинского персонала должны быть подписаны и содержать отметку о дате, времени осмотра пациента или медицинского вмешательства;
- 3) подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса должны быть оформлены полностью. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются;
- 4) использование только общепринятых символов и аббревиатур.

Содержимое формы № 003/у должно быть достаточно детализировано и организовано для того, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу – возможность оказания эффективной помощи больному, возможность оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение;

- консультанту – возможность ознакомиться с анамнезом заболевания, изложить результат своего осмотра;

- дежурному врачу – возможность ознакомиться с лечением больного в любое время;

- всем допущенным и заинтересованным лицам (в том числе пациенту) – предоставление существенной информации, необходимой для оценки лечения и качества предоставленных услуг;

- возможность получения информации для административных, статистических целей, для оценки качества оказания медицинской помощи.

При поступлении пациента сотрудники приемного отделения на основании документов, удостоверяющих личность (паспорт либо другой заменяющий его документ), вносят в форму № 003/у фамилию, имя, отчество, число, месяц, год рождения и место жительства пациента. Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим врачом (врачом приемного отделения) при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

В приемном отделении также отмечается дата и время поступления больного, пол пациента, для работающих – место работы, профессия или должность, каким учреждением здравоохранения направлен больной, осуществлена ли госпитализация по плановым или по экстренным показаниям (в случае экстренной госпитализации указывается – через сколько часов после начала заболевания, получения травмы госпитализирован пациент).

Врачом приемного отделения заполняется специально отведенный лист, в котором указываются данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении, в пункт 9 лицевой части формы № 003/у вносится диагноз пациента при поступлении в стационар.

Дальнейшие записи в форме № 003/у, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону истории болезни в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Заключительный диагноз записывается при выписке больного, в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение. Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

Статус пациента при поступлении (первичный осмотр).

Плановый больной должен быть осмотрен лечащим (дежурным) врачом в течение 3 часов от момента поступления в стационар, экстренный больной осматривается дежурным врачом сразу после вызова в приемном покое. Плановым больным приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным – во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

Жалобы больного и анамнез настоящего заболевания записываются детально, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. В общем анамнезе отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного, обязательно отражается информация о наличии

аллергических реакций, эпиданамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенных туберкулезе, заболеваниях, передающихся половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции. Обязательно указываются данные экспертного анамнеза: с какого времени пациент имеет листок нетрудоспособности без перерыва, после 30 дней нетрудоспособности обязательно указывается дата, № и решение последней ВКК.

Данные объективного и физикального исследований заполняются по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов по авторам.

В случаях повреждений криминального характера, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно. В конце статуса при поступлении обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и назначается лечение.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении, в интересах гражданина, решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации учреждения здравоохранения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 18 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный врач) с последующим уведомлением должностных лиц учреждения здравоохранения и законных представителей пациента. Информация предоставляется больному в доступной для него форме. Больной информируется о характере имеющейся у него патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в форме № 003/у. Также оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом больной должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде.

Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 3 раз в неделю, если иное не предусмотрено отраслевыми стандартами. Больным, находящимся в тяжелом или среднетяжелом состоянии, записи в дневнике делаются ежедневно, а при необходимости несколько раз в день. В дневниках отражаются динамика в состоянии пациента, данных объективного осмотра и лабораторных исследованиях и изменения представлений врача о больном.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых больных не позднее трех дней с момента поступления. Тяжелые больные и больные в

состоянии средней тяжести должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в истории болезни, отражающей представление о больном с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями, и подписываются заведующим лично.

Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного.

Записи консилиумов ведутся максимально подробно с учетом мнения всех членов консилиума. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума. Если пациенту выполнено хирургическое вмешательство, то на 2-ой странице формы № 003/у указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. Подробное описание операции делается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у).

В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день.

При поступлении больного в отделение реанимации и интенсивной терапии врач приемного отделения записывает краткое представление о больном с указанием либо диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса. В отделении интенсивной терапии дневники записывают дежурные врачи не реже трех раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Заведующий отделением ежедневно осматривает всех больных отделения. Лечащий врач профильного отделения записывает дневники больным, находящимся в отделении реанимации и интенсивной терапии, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает их не реже 2-х раз в неделю.

Вместо листа назначения в отделении реанимации и интенсивной терапии ведется официальная форма 011/у, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения. При переводе больного из отделения реанимации и интенсивной терапии оформляется краткий переводной эпикриз. Врач клинического отделения осматривает больного не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает краткое клиническое представление о больном.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов производит медсестра, выполнившая данное назначение. Записи осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Этапный эпикриз, отражающий динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз, оформляется раз в две недели как один из обходов заведующего отделением.

Во время пребывания больного в стационаре форма № 003/у хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении

больного; назначения записываются в дневнике формы № 003/у и листе назначений, который является составной частью истории болезни.

Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключая двойное или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены.

Медицинская сестра осуществляет проверку листов назначения ежедневно. Выполнение врачебных назначений удостоверяется подписью медицинской сестры с указанием даты выполнения назначений.

В случаях, когда для лечения больного используется лекарственный препарат, принесенный самим пациентом, рядом с записью о назначении делается пометка «препарат пациента».

Температурный лист (ф. № 004/у) ведется медицинской сестрой, подклеивается к истории болезни. Записи динамики температуры тела производятся 2 раза в день, кроме того палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т. д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выписке, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы); для лиц, находившихся на лечении по листку нетрудоспособности, указывается дата выдачи, серия и № листка нетрудоспособности, сроки нетрудоспособности, дата, с которой пациент должен приступить к труду, либо дата явки на прием к врачу (для лиц, у которых трудоспособность не восстановлена). Если в период стационарного лечения больной освидетельствован на ВКК – указывается дата, № и решение ВКК. Выписной эпикриз оформляется в печатном виде в трех экземплярах, один из которых остается в форме № 003/у, второй подклеивается в форму № 025/у, третий выдается на руки больному. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий.

Экземпляр, выдаваемый на руки больному, заверяется печатью и штампом учреждения.

В случае смерти больного в форме № 003/у заполняется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, представления о больном врачами, лечивших пациента, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз. В случае, если смерть больного наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные или праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим больного, и врачом профильного отделения.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в историю болезни не позднее чем через 10 дней вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в

случае расхождения диагнозов – с предположительной причиной и степенью расхождения.

При госпитализации пациентов в стационар скорой помощью лечащий врач заполняет талон к сопроводительному листу скорой помощи, подписывает его и сдает вместе с историей болезни. Заместитель главного врача по лечебной работе проверяет правильность заполнения талона, подписывает его и отправляет на станцию скорой медицинской помощи.

В случае смерти больного после заполнения лечащим врачом или патологоанатомом врачебного свидетельства о смерти (форма первичной учетной документации № 106/у «Врачебное свидетельство о смерти», утверждена приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09 января 2015г. № 12, зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 30 января 2015г. за № 30) производится запись о выдаче врачебного свидетельства о смерти на последней странице формы № 003/у в соответствии с пунктом 11 врачебного свидетельства о смерти, в котором указываются патологические состояния, приведшие к непосредственной причине смерти и другие патологические состояния, способствовавшие смерти.

В случае наличия у больного побочных реакций на лекарственные средства лечащий врач должен в обязательном порядке указать результат побочной реакции в форме № 003/у как основной, сопутствующий диагноз или осложнение основного заболевания, а после выписки (смерти) больного сделать аналогичную запись в форме № 066/у с использованием двойной кодировки случая.

Форма № 003/у подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных формы № 003/у составляется карта вышедшего из стационара (ф. № 066/у), после чего форма № 003/у сдается в архив учреждения.

Особенности ведения формы № 003/у в хирургических отделениях

Форма № 003/у хирургических отделений содержит ряд дополнительных разделов.

В предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового или экстренного оперативного вмешательства, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.

Согласие больного на операцию должно быть информированным, т.е. больному разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается пациентом, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и хранится в форме № 003/у.

Осмотр анестезиолога

Перед плановым оперативным вмешательством больной должен быть осмотрен анестезиологом за 24-48 часов до операции. При экстренных операциях осмотр анестезиолога проводится исходя из сложившейся клинической ситуации.

Осмотр анестезиолога в обязательном порядке вносится в форму № 003/у при всех видах обезболивания, кроме местной анестезии.

В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения, выявленные при физикальном обследовании, отмечаются АД, пульс, особенности в данных лабораторного и инструментального обследования. Характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. План анестезиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик.

Риск операции оценивается по Гологорскому.

Протокол анестезиологического пособия в форме № 003/у заполняется при особенностях течения анестезии либо при развитии осложнений.

Протокол операции. Должен содержать сведения о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции. Описание операции: доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей).

Описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз. Наименование операции и подробное описание хода ее выполнения. Проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране. Контрольный счет марли и инструментов. Завершение операции (вид швов, повязка). Описание удаленного макропрепарата. Подпись хирурга.

Дневники наблюдения. Записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем через день при благополучном течении послеоперационного периода. В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые с больным (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние больного, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.

Эпикриз. В эпикризе отражается диагноз заболевания, дата и вид произведенного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятия швов, характер заживления раны), эффективность проведенного лечения. В эпикризе должны быть указаны рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания.

История болезни может быть выдана из архива по запросу органов суда, следствия и прокуратуры с разрешения администрации больницы. История болезни хранится в архиве больницы в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения историй болезни принимается администрацией больницы по истечении этого срока.

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

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		<div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации</div> <div>№ 003-4/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</div>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма		
Код		<div>1</div> <div>2</div> <div>0</div> <div>3</div> <div>2</div> <div>0</div> <div>1</div> <div>5</div> <div>№</div> <div>3</div> <div>1</div> <div>2</div> <div></div> <div></div>

[illegible]

ОБСЛЕДОВАНИЯ						ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ									
Название		Дата назначения		Название		Дата назначения		Диета, схема дополнительного питания	Дата назначения	Дата отмены	Диета, схема дополнительного питания	Дата назначения		Дата отмены	
Общеклинические и биохимические				Эндоскопические											
Общий анализ крови				Эзофагогастродуоденоскопия											
Анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин)				Колonosкопия											
Анализ крови на глюкозу				Сигмоскопия											
Анализ мочи на диастазу				Ректороманоскопия											
Коагулограмма, длительность кровотечения, свертывания крови				РХПГ											
Электролиты крови				Рентгенологические											
Печеночные пробы				Рентгеноскопия желудка и ДПК				ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ							
Анализ крови на белковые фракции				Рентгеноскопия тонкой кишки				Название процедуры				Дата назначения		Подпись	
Анализ крови на мочевины, остаточный азот, креатинин				Ирригоскопия											
Группа крови, резус фактор				Холестинография (инфуз., перор.)											
Общий анализ мочи				Обзорный снимок брюшной полости											
Анализ мочи на амилазу				Ультразвуковые											
Моча на глюкозу (из суточного количества)				Печени, селезенки, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы, кишечника, почек, мочевого пузыря, матки и придатков, лимфоузлов брюшной полости											
Анализ мочи на желчные пигменты															
Пробы мочи по Зимницкому								ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ							
Пробы мочи по Нечипоренко				Микробиологические				Название процедуры				Дата назначения		Подпись	
Кoproграмма				Соскоб с языка, из зева											
Объем суточной кровопотери с калом				Соскоб с перианального отдела											
Анализ кала на скрытую кровь				Микрофлора кала											
Кал на яйца глистов, простейших				Анализ крови на стерильность						МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ					
Зондовые				Функциональные				К о д процедуры	Название процедуры			Дата назначения и подпись		Дата отмены и подпись	
Желудочная секреция с гистамином, пентагастрином, алкоголем				Электрокардиограмма											
Дуоденальное зондирование (БДЗ)				Реоэнцефалограмма											
Исследование панкреатической секреции															



Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению формы первичной учетной документации № 003-4/у
«Листок врачебных назначений»

«Листок врачебных назначений» (форма № 003-4/у) является оперативным документом, который предназначается для регистрации режима пребывания больного в стационаре, назначенного ему диетического питания, методов обследования, медикаментозного лечения, физиотерапевтических и психотерапевтических процедур.

Заполняется лечащим врачом в день госпитализации больного в стационар с внесением необходимых корректив в период лечения больного.

Записи (названия препаратов, процедур, местного лечения и тому подобное) ведутся на русском языке, разборчиво.

Для хранения листков врачебных назначений на период лечения больных в стационаре ведется специальная папка в каждом отделении.

Ежедневно средние медицинские работники делают отметки о выполнении назначений.

После выписки больного из стационара листок врачебных назначений подклеивается в «Медицинскую карту стационарного больного» (форма № 003/у) и хранится вместе с ней 25 лет.

В случае ведения формы № 003-4/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 004/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики № 1203/у от 12.08.2015 г.
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма	
Код	1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2

[illegible]

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

**по заполнению учетной формы первичной учетной документации № 004/у
«Температурный лист»**

«Температурный лист» (форма № 004/у) является оперативным документом для графического изображения некоторых основных данных, которые характеризуют состояние здоровья больного: пульс, артериальное давление, температура и тому подобное.

Ежедневно лечащий врач записывает в медицинской карте стационарного больного (истории родов, карте развития новорожденного) данные о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного). Палатная медицинская сестра переносит данные о температуре, пульсе, артериальном давлении, дыхании в температурный лист и графически отображает соответствующие кривые относительно этих показателей.

Кроме того, в температурном листке отмечается частота дыхания, вес, количество выпитой жидкости, суточное количество мочи, опорожнения, число ванн.

После выписки (смерти) больного из стационара температурный листок подклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у) и хранится вместе с ней в течение 25 лет.

В случае ведения формы № 004/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

<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>Код</div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			<div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации № 005/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</div> <div><div>1</div><div>2</div><div>0</div><div>3</div><div>2</div><div>0</div><div>1</div><div>5</div> № <div>3</div><div>1</div><div>2</div><div></div></div>
<div>ЛИСТОК РЕГИСТРАЦИИ</div> <div>переливаний трансфузионных жидкостей</div>			
<div>Фамилия и инициалы больного</div> <div>Группа крови больного</div> <div>Резус-принадлежность</div>		<div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div>	
<div>(Каждое переливание крови проводится только после подтверждения группы крови донора и реципиента двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток, проведения пробы на индивидуальную совместимость и биологической пробы)</div>			
<div>Начато « _____ » _____ 20 _____ года</div>		<div>Окончено « _____ » _____ 20 _____ года</div>	

[illegible]

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению формы первичной учетной документации № 005/у
«Листок регистрации переливаний трансфузионных жидкостей»

«Листок регистрации переливаний трансфузионных жидкостей» (форма № 005/у) используется для регистрации каждого переливания трансфузионных жидкостей (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), которое проводится больному, а также включает сведения о наличии реакций и осложнений после трансфузии.

Каждое переливание крови проводится только после подтверждения группы крови донора и реципиента двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток, проведения пробы на индивидуальную совместимость и биологической пробы.

Листок регистрации переливания трансфузионных жидкостей вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у).

Форма № 005/у заполняется врачом, проводившим трансфузии на основании данных «Журнала регистраций переливания трансфузионных жидкостей» (форма № 009/у).

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

В графе 15 указываются реакции, осложнения после трансфузии (инфекционно-токсический шок, тромбоэмболия, групповая несовместимость).

В случае ведения формы № 005/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения – 25 лет.

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																		
Код					МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ													
					Форма первичной учетной документации № 007/у													
					УТВЕРЖДЕНО													
					Приказ МЗ													
					Донецкой Народной Республики													
					1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2													
ЛИСТОК																		
учета движения больных и коечного фонда стационара																		
(название отделения, профиль коек)																		
“ ” 20__ год																		
(дата заполнения)																		
Начат “ ” 20__ года																		
Окончен “ ” 20__ года																		
Профиль коек	Номер строки	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	в том числе койки, свернутые на ремонт	Движение больных за прошлые сутки									На начало текущего дня					
				находилось больных на начало прошлых суток	поступило больных (без переведенных внутри больницы)			переведено больных внутри больницы		выписаны больные		Умерло	находилось больных		Находилось матерей при больных детях	количество свободных мест		
					всего	из них		из других отделений	в другие отделения	всего	в том числе переведены в другие стационары		всего	в том числе сельских жителей		мужских	женских	
						сельских жителей	детей до 17 лет включительно											сельских жителей
1	2	3	4	5	6	7	8	8а	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всего:																		
в т.ч.: по профилю коек																		

Подпись медсестры _____

[illegible]

*Для больных с психическими расстройствами

“Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» форма № 007/у, заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы соответственно со сметой и приказом вышестоящего органа здравоохранения.

В отделениях, которые имеют в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения и тому подобное), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движения больных в целом в отделении (включительно и сведения о койках узкого профиля); в следующие строки отмечаются данные о койках и движении больных по койкам узкого профиля.

При заполнении строк, относящихся к койкам узкого профиля, которые выделены в составе любого отделения, указывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю коек, которые выделены в данном отделении, независимо от того, на каких койках данного отделения они лежали.

Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находятся не 3, а 5 и больше урологических больных – движение этих больных указывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могут быть госпитализированы и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения о таких больных указываются по койкам того отделения, в которое они были госпитализированы и не включаются суммарно в сведения относительно урологических больных, которые находятся в отделении, имеющем урологические койки.

В графе 3 листа указываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включительно и койки временно свернутые на ремонт, и те, которые временно не работают по другим причинам, в том числе из-за отсутствия финансирования. В это число не включаются временные приставные койки, которые развернуты в палатах, коридорах в связи с перегрузкой отделения.

Из числа кроек, фактически развернутых, отмеченных в графе 3, – в графе 4 выделяются в том числе койки временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

В графах 5-13 отмечаются сведения о движении больных за прошлые сутки с 8-00 часов утра предыдущего до 8-00 часов утра текущего дня; (о числе больных, которые поступили в отделение; число переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших); в графах 14 и 15 – о количестве больных, которые были в отделении на 8-00 часов утра текущего дня.

Количество больных, которое отмечено в графе 14 предыдущего дня должно быть переписано в графу 5 текущего дня. Необходимо ежедневно вести контроль баланса числа больных по соответствующим графам, то есть, чтобы количество больных, которые отмечены на начало текущего дня (графа 14) равнялась количеству больных, которые находились на начало предыдущего дня (графа 5), плюс которые поступили (графа 6), плюс переведены из других отделений (графа 9), за минусом количества больных, переведенных в другие отделения (графа 10), выписанных (графа 11) и умершие (графа 13), то есть, графа 14=итого граф 5+6+9 – графа 10-11-13.



УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению медицинской учетной документации формы № 007/у «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара»

Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 007/у «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» (далее – форма № 007/у), на основании которой ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в стационаре. Наряду с этим, она обеспечивает возможность регулировать прием больных в стационаре, так как в форме указывается количество свободных мест.

1. Форму № 007/у заполняет ответственное лицо (старшая медицинская сестра) учреждения здравоохранения: больниц всех профилей, стационаров, диспансеров и НИИ, клиник медицинских университетов, центров, госпиталей для ИВОВ и др.

2. В верхнем левом углу формы № 007/у указываются наименование Министерства, в сфере управления которого находится учреждение; наименование и полный почтовый адрес учреждения.

3. После заглавия формы № 007/у обязательно должны быть указаны дата заполнения формы и название отделения.

4. В графе 1 указывается профиль коек отделения, в которое больные были госпитализированы.

5. В отделениях, которые имеют в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения и др.), в форме № 007/у записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению, включая и сведения о койках узкого профиля; в следующих строках вписываются данные о койках и движении больных по койкам узкого профиля.

6. При заполнении строк, которые относятся к койкам узких профилей, выделенных в составе какого-либо отделения, указывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю коек, которые выделены в данном отделении, независимо от того, на каких койках данного отделения находились больные.

Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и больше урологических больных. Движение этих больных показывается на урологических койках. В то же время больные с урологическими заболеваниями могут быть госпитализированы и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения о

таких больных указываются по профилю коек того отделения, в которое они были госпитализированы и не включаются суммарно в сведения об урологических больных, которые находятся в отделении, имеющем урологические койки.

7. В графе 2 отмечается номер строки коек по профилю, согласно установленному перечню коек.

8. В графе 3 указываются фактически развернутые в пределах сметы койки и койки, которые временно свернуты на ремонт, а так же те, которые временно не работают по другим причинам, в том числе из-за отсутствия финансирования. В графу 3 не включаются временные приставные койки, которые развернуты в палатах, коридорах в связи с перегрузкой отделения.

9. В графе 4 выделяются в том числе койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и по другим причинам (из графы 3).

10. В графе 5 отмечается количество больных, которые находились в отделении на начало прошлых суток.

11. В графе 6 указывается количество больных, которые поступили, - всего (без переведенных внутри больницы).

12. В графе 7 необходимо отметить количество госпитализированных сельских жителей (из графы 6).

13. В графе 8 из общего количества больных, которые поступили (графа 6) отмечается количество детей в возрасте 0-17 лет включительно, в графе 8-а – в том числе сельских.

14. В графе 9 отмечается количество больных, которые переведены внутри больницы из других отделений данного стационара.

15. В графе 10 указываются сведения о количестве больных, которые переведены внутри больницы в другие отделения стационара.

16. В графе 11 отмечаются сведения о количестве больных, которые выписаны из отделения стационара, - всего.

17. В графе 12 - количество переведенных больных в другие стационары, из количества выписанных (из графы 11).

18. В графе 13 отмечается количество умерших больных - всего.

19. В графе 14 указывается количество больных, которые находились в стационаре на начало текущего дня, - всего.

20. Количество больных, которое отмечено в графе 14 предыдущего дня, должно отвечать графе 5 текущего дня. Необходимо ежедневно вести контроль за балансом количества больных по соответствующим графам, то есть, количество больных, которое отмечено на начало текущего дня (графа 14) должно отвечать количеству больных, которые находились на начало прошлых суток, - (графа 5), плюс, которые поступили (без переведенных внутри больницы) - (графа 6), плюс переведенные больные из других отделений (графа 9), за минусом количества больных, которые переведены в другие отделения (графа 10), за минусом выписанных больных (графа 11) и умерших (графа 13). То есть, графа 14 должна равняться итогу данных граф 5+6+9 за минусом данных граф 10, 11, 13.

21. В графе 15 указывается количество сельских жителей, которые находились в стационаре на начало текущего дня.

22. В графе 16 отмечается количество матерей при больных детях на начало текущего дня.

23. В графе 17 указывается информация о количестве свободных мест на начало текущего дня для мужчин.

24. В графе 18 - количество свободных мест на начало текущего дня для женщин.

25. В форме № 007/у сведения о больных, которые находятся во временном отпуске отмечаются отдельной строкой. При этом, больные, которые находятся в отпуске за прошлые сутки указываются в графе 11, те, которые находятся в отпуске на начало и на конец суток, - указываются в графах 5, 14 и 15, а те, которые вернулись, - в графе 6.

26. Для получения итоговых данных по больнице в целом - заполненные листки отделений передаются каждый день в информационно-аналитический кабинет и специалисты статистической службы после проверки данных формы № 007/у вносят их в сводную форму № 007/у учета движения больных и коечного фонда, которая ведется по больнице в целом.

27. Сведения о количестве больных, которые находятся в отпуске и отмечены в графах 14 и 15 дополнительной строкой, должны соответствовать списку этих больных на обратной стороне формы №007/у.

28. При подсчете общего количества больных в графе 14 для составления заявки на питание необходимо исключить больных, которые находятся в отпуске и отмечены в графе 14 дополнительной строкой.

29. В конце месяца на основании данных ежедневных листков по каждому профилю коек и по больнице в целом складываются итоговые данные, которые являются основанием для заполнения ежемесячной учетной формы № 016/у «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек».

30. «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» должен быть заполнен четко и разборчиво. Исправление ошибок подтверждается подписью лица, которое заполнило форму № 007/у, с указанием даты внесения изменений. Ответственным за информацию, которая внесена в «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» является медицинский работник, который ее заполнил.

В случае ведения формы № 007/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения формы № 007/у - 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

Код учреждения

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 008/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

ЖУРНАЛ

записей оперативных вмешательств в стационаре

Начат « ____ » « ____ » 20 ____ года

Окончен « ____ » « ____ » 20 ____ года

ОПЕРАЦИЯ № _____

от

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

(число, месяц, год)

1. Фамилия, имя, отчество больного

7. Медицинская карта стационарного больного
номер

2. Хирург

8. Ассистенты

3. Анестезиолог

9. Операционная медсестра

4. Диагноз до операции

5. Вид анестезии

6. Диагноз после операции

ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ

10. Описание препарата (удаленного органа, части органа)

Подпись хирурга _____

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

**по заполнению формы первичной учетной документации № 008/у
«Журнал записей оперативных вмешательств в стационаре»**

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 008/у «Журнал записей оперативных вмешательств в стационаре» (далее – форма № 008/у).

2. Форма № 008/у заполняется врачами-хирургами разборчиво. После завершения оперативного вмешательства обязательно заверяется подписью врача, который проводил операцию.

3. В форме № 008/у регистрируются все оперативные вмешательства, проведенные в стационаре.

На каждое оперативное вмешательство отводится отдельный лист, в котором указываются фамилия, имя, отчество больного, фамилия и инициалы хирурга (пункт 2), анестезиолога (пункт 3), диагноз до операции (пункт 4), вид анестезии, которая применялась (пункт 5), диагноз после операции (пункт 6), а также отмечаются номер медицинской карты стационарного больного, фамилии и инициалы ассистентов и операционной медицинской сестры. В этом листе указывается детальное описание хода операции, отмечается вид обезболивания, доза наркотического препарата, длительность операции, состояние больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, которые проводились в период проведения оперативного вмешательства (инъекции препаратов, дача кислорода и тому подобное).

4. Форма № 008/у ведется в каждой операционной отдельно (для чистых или гнойных операций).

5. Форма № 008/у должна быть прошита, листы пронумерованы, заверены подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

6. В случае ведения формы № 008/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

7. Срок хранения формы № 008/у - 50 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения <hr/> <hr/> Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма <hr/> <div style="display: flex; align-items: center;"> Код <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>											<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px 0 0 0;"> Форма первичной учетной документации № 009/у </div> <div style="padding: 5px 0 0 0;"> УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">№</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"></td> </tr> </table> </div>	1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2													
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ переливания трансфузионных жидкостей																								
Начат « ____ » _____ 20 ____ года		Окончен « ____ » _____ 20 ____ года																						

[illegible]

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 009/у «Журнал регистрации переливания трансфузионных жидкостей»

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 009/у «Журнал регистрации переливания трансфузионных жидкостей» (далее - форма № 009/у).

2. Форма № 009/у применяется для регистрации всех переливаний трансфузионных жидкостей, которые проводятся в учреждениях здравоохранения, крови, компонентов крови, препаратов крови, кровезамещающих жидкостей, за исключением физраствора и 5%-го раствора глюкозы. Форма № 009/у заполняется в каждом структурном подразделении, которое занимается переливанием трансфузионных жидкостей. В случае необходимости на отдельные виды трансфузионных жидкостей можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты, препараты, кровезаменители.

3. Форма № 009/у заполняется врачом, который проводит трансфузию.

4. В графах 1, 2 указываются номер по порядку и дата переливания.

5. В графу 3 вносятся сведения о том, является данное переливание первичным или повторным.

6. В графах 4, 5 отмечаются фамилия, имя и отчество больного, а также возраст (если переливание производится детям до 1 года - указывается число месяцев, дней).

7. В графе 6 указывается номер медицинской карты стационарного больного.

8. В графе 7 отмечаются группа крови и резус-принадлежность больного.

9. В графе 8 отмечается результат биологической пробы; в графе 9 - результат индивидуальной пробы.

10. В графе 10 указываются показания к переливанию трансфузионных жидкостей.

11. В графах 11-14 отмечаются сведения о трансфузионной жидкости, а именно: кровь (групповая и резус-принадлежность), компоненты крови (групповая и резус-принадлежность), препараты крови, кровезамещающие жидкости (гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального белкового питания).

12. В графе 15 указывается доза перелитой трансфузионной жидкости в миллилитрах.

13. В графах 16, 17 отмечается паспорт флакона, где указываются номер этикетки (серия препарата, завод-изготовитель) и дата заготовки (выпуска препарата).

14. В графе 18 указывается способ переливания трансфузионной жидкости.

15. В графах 19, 20 отмечаются трансфузионные реакции и осложнения, которые наблюдались у больного во время проведения трансфузии.

16. В графе 21 отмечаются фамилия и подпись врача, который проводил трансфузию.

17. Каждая трансфузия, кроме этого журнала, должна быть зафиксирована в учетной форме № 005/у «Листок регистрации переливания трансфузионных жидкостей», утвержденной этим приказом, который в свою очередь вклеивается в медицинскую карту стационарного больного.

18. На основании данных формы № 009/у ежегодно заполняется таблица 3300 «Трансфузии крови, ее компонентов, препаратов и кровезамещающих жидкостей» отчетной формы № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 ____ год».

19. В случае ведения формы № 009/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

20. Срок хранения формы № 009/у - 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

Код

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации
№ 010/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ Донецкой Народной Республики

1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Ж У Р Н А Л
записи родов в стационаре

Начат « ____ » _____ 20 ____ года

Окончен « ____ » _____ 20 ____ года

№ п/п	№ истории родов	Дата и время поступления в родильный зал	Фамилия, имя отчество роженицы	Возраст	Место жительства	Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)	Осложнения в родах и экстрагенитальные заболевания	Операции, помощь в родах (указать какая)	Дата и время родов (число, месяц, часы, минуты)	Ребенок родился живым (мертвым)	В какое отделение отправлена родильница (новорожденный)	Кто принимал роды (врач, акушерка) фамилия, имя, отчество и подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

1. Форма № 010/у является одним из основных документов родильного дома (отделения) независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, которая содержит сведения о родах, проведенных в стационаре в сроке беременности с 22 недель.

В данный журнал заносятся все сведения о родильницах, которые доставлены в акушерский стационар в III периоде родов (с отметкой в журнале о том, что женщина госпитализирована после рождения ребенка с неотделенным последом).

2. Журнал прошивается, заверяется подписью руководителя, скрепляется печатью учреждения здравоохранения, страницы нумеруются.

3. Журнал ведется в родильной комнате акушеркой под контролем врача. Журнал заполняется ручкой разборчивым почерком.

Неправильно указанные данные зачеркиваются, делается запись «аннулировано», заверяется подписью лица, сделавшего запись, а также подписью заведующего отделением и скрепляется печатью лечебного учреждения.

4. В графах 1-6 на основании записей в «Истории родов» (форма № 096/у) указываются дата и время поступления в родильный зал, номер истории родов, фамилия, имя, отчество, возраст, место жительства роженицы.

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

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

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

7. В графе 12 указывается отделение, в которое после родов отправлена 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 варианте.

10. Срок хранения журнала - 50 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

Код

**МЕДИЦИНСКАЯ
ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 013/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ
Донецкой Народной Республики

1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 3 | 1 | 2 |

ПРОТОКОЛ

патологоанатомического исследования № _____

“ _____ ” _____ 20 _____ года

Местонахождение учреждения, которое заполнило протокол

Область

район (город)

Больница

отделение

Карта стационарного больного № _____

1. Фамилия, имя, отчество умершего

2. Пол: муж.—1, жен.—2 (подчеркнуть)

3. Возраст _____ лет

4. Место жительства

5. Место работы (должность)

6. Доставлен (а) в больницу через _____ часов (дней) после начала заболевания.

7. Проведено _____ койко-дней.

8. Дата смерти

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

(число, месяц, год, время)

9. Дата вскрытия

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

(число, месяц, год, время)

10. Лечащий врач

(фамилия, подпись)

11. Присутствовали на вскрытии

12. Диагноз направившего учреждения

13. Диагноз при поступлении

14. Клинический диагноз в стационаре и дата его установления:

15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания):

16. Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнение, сопутствующие заболевания): _____

17. Результаты клинико-лабораторных исследований _____

18. Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать)

Расхождение диагнозов:

по основному заболеванию _____

по осложнениям _____

по сопутствующим заболеваниям _____

Поздняя диагностика:

основного заболевания _____

смертельного осложнения _____

Причины расхождения диагнозов:

объективные трудности диагностики - 1, кратковременное пребывание в больнице - 2, недообследование больного - 3;

переоценка данных обследования - 4; редкость заболевания - 5;

неправильное оформление диагноза - 6 (подчеркнуть) ☐

19. Причина смерти (из пункта 11 учетной формы № 106/у «Врачебное свидетельство о смерти»)

☐

I. а)

(непосредственная причина смерти)

☐

б)

☐

в)

☐

г)

(б, в, г - заболевание и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; основная причина смерти указывается в последнюю очередь)

Прочие существенные состояния (конкурирующие, объединенные, фоновые, подчеркнуть) которые способствовали смерти, но не были связаны с заболеванием или его осложнением, которое есть непосредственной причиной смерти

В случае смерти женщины во время беременности или после родов в течение одного года указать неделю беременности _____, день послеродового периода _____, неделя после родов _____

Код МКБ-10

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

приблизительное
время
между началом
заболевания и
смертью

20. Клинико-патологоанатомический эпикриз: _____

21. Клинический эпикриз: _____

Протокольная часть на _____ страницах прилагается.

Патологоанатом

(фамилия, подпись)

Заведующий отделением

(фамилия, подпись)

Дата окончания работы над протоколом
и проверки его заведующим

«_____» _____ 20 _____ г.

Продолжение протокола патологоанатомического исследования № _____ *

от “ _____ ” _____ 20 ____ года

22. Результаты патологоанатомического исследования

Рост	Вес тела	Вес органов						почки	
		мозг	сердце	легкие	печень	селезенка		левая	правая

Взято кусочков для патологистологического исследования _____

Изготовлено
блоков _____

Взят материал для других методов исследования: _____

23. Текст протокола

24. Место болезни (status lokalis) '

*Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

**по заполнению формы первичной учетной документации № 013/у
«Протокол патологоанатомического исследования № _____»**

Эта инструкция определяет порядок заполнения формы № 013/у врачом патологоанатомом после проведения вскрытия.

«Протокол патологоанатомического исследования» (далее – протокол) заполняется четким почерком или машинописным текстом; черными, фиолетовыми, синими, голубыми чернилами или пастой.

Первый лист протокола заполняется под копирку в трех экземплярах: первый – хранится в патологоанатомическом отделении (бюро) с текстовой частью протокола, второй – подклеивается в клиническую документацию на умершего (мертворожденного, выкидыша), третий – в секционную карту.

Номер протокола должен соответствовать порядковому номеру проведенного патологоанатомического вскрытия.

Пункты 1 - 9 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного, в них указываются: фамилия, имя, отчество умершего, его возраст, пол, место жительства, специальность (профессия), часы доставки в стационар, количество проведенных койко-дней, дата смерти.

В пунктах 10 - 14 указываются: фамилии лечащего врача и других врачей, которые присутствовали на вскрытии, диагноз умершего, поставленный учреждением здравоохранения, направившим его в стационар, а также диагноз при поступлении, клинический диагноз в стационаре и даты, когда они были установлены.

В пункте 15 указываются заключительный диагноз и дата, когда он был установлен, четко указываются основное заболевание, его осложнения и сопутствующие заболевания.

В пункте 16 отмечается патологоанатомический диагноз, который также подразделяется на основное заболевание, осложнения и сопутствующие заболевания. Болезни, которые по этиологии и патогенезу не связаны с основным заболеванием или осложнением, указываются в пункте 16 как сопутствующие заболевания.

Патологоанатомический диагноз формируется по этиопатогенетическим принципам с учетом существующих нормативных документов Министерства здравоохранения ДНР и требований Международной статистической классификации болезней и проблем здравоохранения Десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

В пункте 17 указываются результаты клинико-лабораторных исследований. Необходимые клинические данные и результаты обследований в виде выписки из медицинской карты стационарного больного оформляются как приложение к протоколу.

В случае комбинированного основного заболевания четко указываются его составляющие. В таком случае шифр по МКБ-10 определяется по заболеванию, которое указано первым. Осложнения указываются в хронологической последовательности, с учетом взаимной патогенетической связи.

Болезни, которые этиологически и патогенетически не связаны с основным заболеванием или осложнением, выносятся в графу сопутствующей патологии.

В случае смерти от онкологической патологии четко указывается вид опухоли по степени зрелости и локализации.

В случае смерти от инфекционной патологии необходимо указать результаты бактериологического исследования.

В пункте 18 «Ошибки клинической диагностики» необходимо подчеркнуть или вписать в случае наличия расхождения диагнозов и данные поздней диагностики.

При заполнении позиции «Поздняя диагностика» этого пункта подчеркивается соответствующая строка или в квадрат справа проставляется цифра, которая соответствует причине ошибочной диагностики.

В пункте 19 «Причина смерти» указываются данные в соответствии с пунктом 11 формы первичной учетной документации № 106 / о «Врачебное свидетельство о смерти № ____» (утвержденной приказом Министерства здравоохранения ДНР от 09 января 2015 года № 12, зарегистрированным в Министерстве юстиции ДНР 30 января 2015 года за № 30) или «Врачебного свидетельства о перинатальной смерти» (форма № 106-2/у) с указанием его номера, в ячейках указываются - шифры согласно МКБ-10. Пункт 11 врачебного свидетельства о смерти состоит из двух частей с указанием соответствующих строк.

Пункт 20. В клинико-патологоанатомическом эпикризе отображается клинико-морфологический анализ случая, результаты сравнения клинического и патологоанатомического диагнозов. В лаконичной форме в нем указывается этио-, пато- и танатогенез, непосредственная причина смерти. В случаях, когда не заполняются стандартные бланки формы № 013/у, в пункте 20 указываются также расхождение диагнозов, их категория, причина ошибки, поздняя диагностика.

В пункте 21 под клинико-патологоанатомическим эпикризом записывается клинический эпикриз.

Под эпикризом указывается количество страниц протокола, фамилия и личная подпись патологоанатома и заведующего отделением с указанием даты окончания работы над протоколом и проверки его заведующим.

На третьей странице протокола указывается номер и дата проведения вскрытия, которая должна соответствовать пункту 9 страницы один.

Второй лист протокола заполняется в одном экземпляре.

В пункте 22 в таблицу вносятся результаты антропометрических данных для плодов, мертворожденных, в иных случаях необходимые данные указываются текстом.

Под таблицей указывается: сколько кусочков взято на исследование, сколько изготовлено блоков, какие дополнительные методы исследования используются (бактериологическое, вирусологическое и тому подобное). В текстовой части протокола патологоанатомического исследования обстоятельно, последовательно и объективно излагаются все изменения, которые были выявлены при вскрытии трупа. Сначала описывается состояние тела, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, указывается рост и масса тела. При наличии операционных рубцов указывается их длина, направление в соответствии с анатомическими данными, внешний вид, а также наличие в них катетеров, выпускников и тому подобное. При описании брюшной и грудной полостей трупа отмечается расположение внутренних органов, наличие в полостях содержимого и его вид, состояние серозных оболочек. Описание внутренних органов в тексте протокола следует проводить по системам в такой последовательности: головной и спинной мозг, органы дыхания, органы кровообращения, органы кроветворения, костно-мышечная система.

Патологические изменения внутренних органов и тканей описываются объективно, без навязывания личного мнения патологоанатома, пользуясь общепринятыми единицами и разновидностями цветов, избегая сравнений с размером и цветом тех или

иных предметов. При этом не следует применять диагностическую терминологию (пневмония, нефрит и тому подобное) и сокращение слов. Описывать изменения необходимо, не допуская возможности трактовок, которые противоречат друг другу.

При осмотре внутренних органов, которые остались практически без изменений, указываются лишь их размеры, масса и отмечается отсутствие видимых патологических изменений. Если какие-либо органы не исследуются – указывают причину.

В случае смерти больного после операции, которая сопровождалась удалением тех или других органов или тканей, в протоколе вскрытия дается детальное описание операционного материала и участка оперативного вмешательства, анатомической взаимосвязи органов и тканей, которая возникла после операции, состояние анастомозов, культы полых органов и т.д.

В пункте 24 указываются результаты патологоанатомического исследования участка органа, патология которого привела к смерти больного.

В пункте 25 «Результаты гистологического исследования» проводится описание имеющихся изменений кусочков тканей с выводами, отдельно указывается патология и дата гистологических исследований.

Арабскими цифрами отмечается количество дополнительных к форме листов (текста, гистологического исследования, клинических данных и тому подобное); количество схем, таблиц, рисунков, бланков - результатов анализов.

В случаях обсуждения на конференциях - дата их проведения.

Четко указывается фамилия патологоанатома и его личная подпись.

Форма № 013/у используется при составлении отчета по форме № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения», таблицы 4500 «Деятельность патологоанатомического бюро (отделения)».

В случае ведения формы № 013/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения формы № 013/у - 75 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

Код

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 014/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

НАПРАВЛЕНИЕ

на патологогистологическое исследование

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ часов
(дата и время направления материала)

Отделение _____

Карта стационарного (амбулаторного) больного
№ _____

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Пол: мужчина–1, женщина–2 (подчеркнуть)

☐

3. Возраст _____ лет

4. Биопсия первичная–1, вторичная–2 (подчеркнуть)

☐

5. При повторной биопсии указать № и дату первичной

6. Дата и вид операции

« _____ »

« _____ »

7. Маркировка материала,
количество объектов

8. Клинические данные

(длительность заболевания, проведенное лечение при опухолях - точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании лимфоузлов указать анализ крови, соскобов эндометрия, молочных желез - начало и конец последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала кровотечения).

9. Клинический диагноз _____

Фамилия лечащего врача

Лечащий врач

(подпись)

[illegible]

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

**по заполнению формы первичной учетной документации № 014/у
«Направление на патологогистологическое исследование»**

«Направление на патологогистологическое исследование» (форма № 014/у) – в дальнейшем – направление, является обязательным сопроводительным документом к любому удаленному материалу, который взят во время операции или при диагностических вмешательствах и который подлежит обязательному гистологическому исследованию.

Форма № 014/у заполняется лечащим врачом на каждый случай или отдельно взятый материал у одного больного и доставляется в патологоанатомическое бюро (отделение).

Все пункты формы № 014/у заполняются лечащим врачом подробно, чтобы патологоанатом, при проведении исследования, имел достаточное количество клинических сведений для оценки выявленных морфологических изменений.

На титульной стороне формы № 014/у записываются наименование отделения и номер медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

В пунктах 1 - 3 указываются фамилия, имя, отчество больного, его пол и возраст.

В пункты 4, 5 вписываются данные о биопсии: первичная или повторная; при повторной указываются номер и дата первичной биопсии.

В пунктах 6, 7 указываются дата и вид операции, маркировка материала, количество объектов исследования.

В пункте 8 лечащий врач отмечает клинические данные: длительность заболевания, проведенное лечение, при опухолях – точную локализацию, темпы роста, размеры, консистенцию, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании: лимфоузлов – указывается анализ крови; соскоба – эндометрия, молочных желез – начало и конец последней нормальной менструации, характер нарушений менструальной функции, дата начала кровотечения.

В пункт 9 вписываются клинический диагноз больного и краткие данные анамнеза и лечения: общее количество введенных цитостатических и гормональных препаратов, характер лучевой терапии.

Записи подтверждаются подписью лечащего врача с указанием фамилии.

Лаборант патологоанатомического бюро (отделения), принимая материал, поступающий в лабораторию вместе с направлением, проверяет правильность и полноту заполнения всех граф и соответствие полученного материала, указанному на бланке.

В пунктах 10, 11 указываются соответствующий номер патологогистологического исследования, дата и время поступления материала в лабораторию.

В пункте 12 указывается диагностическая биопсия; в пункте 13 – биопсия экстренная; в пункте 14 указывается операционный материал; в пункте 15 указывается количество кусочков, блоков; в пункте 16 - методика окраски, которую определяет врач-патологоанатом.

В пункте 17 врачом-патологоанатомом указываются макро- и микроскопические описания материала, при этом указываются номера конкретно взятых органов.

В пункте 18 врач-патологоанатом записывает патологогистологический вывод (диагноз) по результатам исследований.

После заполнения формы № 014/у указывается дата исследования, фамилии и подписи врача-патологоанатома и лаборанта.

Форма № 014/у используется при составлении отчета по форме № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения», раздела «Деятельность патологоанатомического бюро (отделения)», таблица 4501.

В случае ведения формы № 014/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения - 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

Код

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 015/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ Донецкой Народной Республики

1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Ж У Р Н А Л

регистрации поступления и выдачи трупов

за 20 _____ год

Начат « _____ » _____ 20 _____ г.

Окончен « _____ » _____ 20 _____ г.

продолжение формы № 015/у

[illegible]

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 015/у «Журнал регистрации поступления и выдачи трупов»

«Журнал регистрации поступления и выдачи трупов» (форма № 015/у) заполняется в патологоанатомических отделениях (бюро).

Регистрация умерших проводится санитаром патологоанатомического отделения (бюро), который делает запись в журнале согласно данных сопроводительной бирки, которая оформляется в отделении, в котором умер больной и прикрепляется к телу умершего.

Запись делается четким почерком или печатным шрифтом с заполнением соответствующих граф. Соответствующий порядковый номер пишется на плече или бедре умершего. Нумерация в журнале ведется последовательно в течение календарного года.

В графе 2 указывается число и месяц поступления трупа.

В графе 3 - полностью фамилия, имя и отчество умершего и его возраст.

В графе 4 - наименование отделения и учреждения здравоохранения, откуда поступил труп.

В графе 5 - номер медицинской карты стационарного больного.

Графа 6 - «Диагноз при вскрытии» заполняется патологоанатомом на основании вскрытия трупа.

В графе 7 - место захоронения вписывается со слов лиц, которые забирают умершего.

В графе 8 отмечается дата (число и месяц) выдачи или захоронения трупа медицинским учреждением.

В графе 9 указывается, по распоряжению кого труп выдан без вскрытия или о факте передачи трупа на судебно-медицинское исследование.

В пункте 10 указывается, кому выдан умерший, кем он ему приходится, личная подпись и номер паспорта лица, которое забирает умершего.

За пределами граф в виде примечания следует делать запись о наличии драгоценностей и зубов из цветных металлов.

Антропометрические данные на поздние выкидыши, независимо от их массы, могут указываться в виде примечания или под строкой записи плода.

В случае ведения формы № 015/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения – 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ											
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма		Форма первичной учетной документации № 016/у											
Код		УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2											

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек _____
(вписать наименование)
за 20 ____ год

Наименовани е месяцев	Число коек в пределах сметы фактически развернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	Среднемесячных (годовых) коек	Находилось больных на начало отчетного периода	За отчетный период									Находилось больных на конец отчетного периода	Проведено всеми больными койко-дней	в том числе сельскими жителями	Число койко-дней закрытия	Кроме того, проведено койко-дней матерями с больными детьми
				поступило больных				переведены больные внутри больницы		выписано больных		Умерло					
				из них				из других отделений	в другие отделения	всего	в том числе переведены в другие стационары (из гр.9)						
				всего	сельских жителей	детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно	из них сельских										
A	1	2	3	4	5	6	6-а	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Январь																	
Февраль																	
Март																	
Апрель																	
Май																	
Июнь																	
За полугодие																	
Июль																	
Август																	
Сентябрь																	
Октябрь																	
Ноябрь																	
Декабрь																	
За год																	

Подпись _____

- | | |
|--|---|
| <p>1 Сводная ведомость заполняется ежемесячно в каждом отделении, по каждому профилю коек и в стационаре в целом (на отдельных бланках формы № 016/у) на основании подсчета записей за все дни месяца в листках ежедневного учета формы № 007/у.</p> | <p>4 Число койко-дней, проведенных больными за отчетный период, проставляется только на основании записей из формы № 007/у.</p> |
| <p>2 В графе 2 за каждый месяц указывается среднемесячное число коек; за год – среднегодовое число коек.</p> | <p>5 Число проведенных больными койко-дней получается путем подсчета данных графы 14 в форме № 007/у; число койко-дней закрытия - из графы 4 формы № 007/у; число койко-дней, проведенных матерями при больных детях, - из графы 16 формы №007/у.</p> |
| <p>3 Для определения среднемесячного числа коек (для графы 2) подсчитываются за месяц данные графы 3 формы № 007/у и полученная сумма делится на число календарных дней месяца; для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 2 формы № 016/у и полученная сумма делится на 12.</p> | <p>6 Данные сводной ведомости - формы № 016/у - служат для заполнения таблицы 1, раздела III «Отчета лечебно-профилактического учреждения» (формы № 20).</p> |

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.215 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 016/у «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек»

Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 016/у «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек» (далее – форма №016/у).

1. Форму № 016/у заполняет ответственное лицо (старшая медицинская сестра) учреждения здравоохранения: больниц всех типов, диспансеров, Центров, НИИ, клиник медицинских университетов, госпиталей ИВОВ и др.

2. Форма № 016/у заполняется ежемесячно в каждом из отделений стационара, по каждому профилю коек в стационаре и в целом на основании подсчета данных за все дни месяца из учетной формы №007/у «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара».

3. После заглавия формы № 016/у обязательно отмечается профиль коек, год заполнения формы.

4. В графе 1 вписывается число коек в пределах сметы фактически развернутых и свернутых на ремонт на конец отчетного периода.

5. В графе 2 ежемесячно указывается число среднемесячных (годовых) коек, которые подсчитываются за месяц из графы 3, формы № 007/у, и полученная сумма делится на число календарных дней месяца; для определения числа среднегодовых коек подытоживаются данные графы 1, формы № 016/у и полученная сумма делится на 12.

6. В графе 3 отмечается количество больных, которые находились в стационаре, отделении на начало отчетного периода.

7. В графе 4 указывается количество больных, которые поступили за отчетный период, - всего.

8. В графе 5 отмечается количество госпитализированных сельских жителей (из графы 4).

9. В графе 6 указывается количество госпитализированных детей в возрасте 0-17 лет включительно (из графы 4). В графе 6-а – из них сельских.

10. В графе 7 отмечается количество больных, которые переведены внутри больницы из других отделений.

11. В графе 8 указывается количество больных, которые переведены внутри больницы в другие отделения.

12. В графе 9 отмечаются сведения о количестве выписанных больных – всего.

13. В графе 10 указывается количество больных, которые переведены в другие стационары из количества выписанных больных (графа 9).

14. В графе 11 отмечается количество умерших за отчетный период – всего.

15. В графе 12 указываются данные о больных, которые находились в стационаре на конец отчетного периода.

16. В графе 13 вписываются данные о количестве койко-дней, которые проведены всеми больными. Число койко-дней, которые проведены больными за отчетный период, проставляется на основании записей из учетной формы № 007/у - суммы граф 11 и 13.

17. В графе 14 отмечается количество койко-дней проведенных сельскими жителями (из графы 13).

18. В графе 15 вписывается количество койко-дней в течении которых койки не работали - из графы 4 формы № 007/у.

19. В графе 16 отмечается «кроме того, проведено койко-дней матерями при больных детях». Данные заполняются из графы 16 учетной формы № 007/у.

20. Форма № 016/у должна быть заполнена четко и разборчиво. Исправление ошибок подтверждается подписью лица, которое заполнило форму 016/у, с указанием даты внесения изменений. Ответственным за информацию, которая предоставлена в форме № 016/у, является лицо, заполнившее ее.

21. Данные учетной формы № 016/у используются для составления раздела III формы № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения», «Коечный фонд и его использование».

22. В случае ведения формы № 016/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

23. Срок хранения - 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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 Код		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ № 025/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2
--	--	--

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
амбулаторного больного № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число ____ месяц _____ год _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. – 1, жен. – 2
4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. Место регистрации: _____
- район _____ город _____ населенный пункт _____
- улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская – 1, сельская – 2
7. Полис ОМС: серия _____ № _____
8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой организации _____
10. Контингент: инвалиды войны-1, участники войны-2, участники боевых действий-3, инвалиды-4, участники ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС-5, эвакуированные-6, лица, которые проживают на территории радиоэкологического контроля-7, дети, которые родились от родителей, что относятся к 1, 2, 3 категориям лиц, что пострадали вследствие Чернобыльской катастрофы, из зоны отчуждения, а также отселенные из зон отчуждения и гарантированного добровольного отселения-8, другие льготные категории-9
11. Код категории льготы _____
12. Удостоверение _____ : серия _____ № _____
13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, состоит в незарегистрированном браке – 2, не состоит в браке – 3, неизвестно – 4.
14. Образование: профессиональное: высшее -1, неполное высшее – 2, среднее – 3, начальное – 4; общее: среднее (полное) – 5, основное – 6, начальное – 7; не имеет начального образования – 8, неизвестно – 9
15. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
16. Место работы, должность _____
17. Перемена места жительства, работы _____
18. Группа крови _____
19. Rh-фактор _____
20. Аллергические реакции _____

21. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

[illegible]

22. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов

[illegible]

[illegible]

24. Сведения о прививках

[illegible]

* в графе 1 после наименования прививки необходимо отметить какая прививка: вакцинация или ревакцинация

25.

Лист профилактического осмотра		
Наименование обследования	Кабинет №	Год и дата проведения
1	2	3
Рентгенологическое обследование органов грудной клетки		
Осмотр гинеколога и пальпация молочных желез		
Цитологическое исследование		
Маммография		
Осмотр хирурга (уролога), пальцевое обследование прямой кишки		
Осмотр окулиста, внутриглазное давление, глазное дно		
Осмотр невропатолога		
Осмотр отоларинголога		
Осмотр терапевта, врача общей практики-семейного врача		
Выводы		
Группа здоровья		

26. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

[illegible]

27. Вкладной лист №1. Записи осмотров врачей-специалистов

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, на ФАПе, проч.

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные средства, физиопроцедуры
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

28. Вкладной лист №2. Записи о наблюдении больного в динамике

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Диагноз	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные средства, физиопроцедуры
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

28. Вкладной лист №2. Записи о наблюдении больного в динамике

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Диагноз	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные средства, физиопроцедуры
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

29. Вкладной лист №3. Этапный эпикриз на диспансерного больного

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____
 _____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____
 Врач _____

30. Вкладной лист №4. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____
_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____
_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению _____

Листок нетрудоспособности _____

Зав. отделением _____ Лечащий врач _____

[illegible]

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

**Инструкция по заполнению
формы первичной учетной документации № 025/у
«Медицинская карта амбулаторного больного № ____»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № ____» (далее – форма № 025/у).

2. Форма № 025/у является основным первичным медицинским документом больного, который лечится амбулаторно или дома, и заполняется на всех больных при обращении в учреждение здравоохранения, которое оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь.

3. Форма № 025/у заполняется во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые ведут амбулаторный прием.

На каждого больного в поликлинике ведется одна форма № 025/у независимо от того, лечится он у одного или нескольких врачей.

4. В специализированных учреждениях здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, заполняются следующие формы:

4.1. В противотуберкулезных учреждениях здравоохранения: на больных, которые впервые обратились за медицинской помощью и консультацией, и взяты под наблюдение - форма учетной статистической документации № 081/у «Медицинская карта больного туберкулезом».

4.2. В кожно-венерологических учреждениях здравоохранения: на больных кожными и венерическими болезнями - форма учетной статистической документации № 065/у «Медицинская карта больного венерическим заболеванием», на больных кожными грибковыми заболеваниями - форма № 065-1/у «Медицинская карта больного грибковым заболеванием».

4.3. В женских консультациях - на гинекологических больных и женщин, которые обратились по поводу прерывания беременности, беременных и родильниц - форма учетной статистической документации № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

5. В пунктах 1 - 6 титульной страницы формы № 025/у отмечаются фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место жительства пациента по паспорту, место работы, должность.

6. В пунктах 7, 8, 9 формы № 025/у указываются данные о страховании больного, наличии страхового полиса, его номере, наименование компании-страхователя. Пункты 7, 8, 9 формы № 025/у заполняются после вступления в силу Закона Донецкой Народной Республики «Об обязательном медицинском страховании».

7. В пункте 10 указывается, к какой из льготных категорий относится пациент.

8. В пункте 11 отмечают документ, удостоверяющий личность пациента(ки) – паспорт либо иной документ.

9. В пункте 13 «Семейное положение» делается отметка о том, состоит ли пациент(ка) или нет в браке. Сведения получают из паспорта, при отсутствии сведений указывается «неизвестно».

10. В пункте 14 «Образование» заполняется со слов пациента(ки):

- в позиции «профессиональное»: «высшее» отмечается окончившим высшее учебное заведение - институт, академию, университет и т.п.; «неполное высшее» - закончившим не менее двух курсов высшего учебного заведения и получившим диплом о неполном высшем образовании, а также тем, кто закончил обучение в объеме половины или более половины срока обучения в высшем учебном заведении; «среднее» - окончившим среднее специальное учебное заведение: техникум, училище, колледж, техникум-предприятие и т.п.; «начальное» - окончившим образовательное учреждение начального профессионального образования (профессиональное училище, школу и т.п.);

- в позиции «общее»: «среднее (полное)» указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; «основное» – окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10 - 11 классов среднего общеобразовательного учреждения; «начальное» – окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4 - 9 классов образовательного учреждения.

11. При наличии у пациента(ки) инвалидности в пункте 15 отмечают, как была установлена инвалидность: впервые или повторно, указывают группу инвалидности и дату ее установления.

12. В пункте 16 указывают место работы, должность.

13. Перемену места работы и жительства отмечают в пункте 17.

14. В пункте 18 отмечается группа крови, в пункте 19 – резус-фактор, в пункте 20 – аллергические реакции, которые у пациента(ки) были ранее.

15. В пункте 21 указываются данные о пациенте(ке), в отношении которого осуществляется диспансерное наблюдение.

Пациент(ка) может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни у терапевта, гастроэнтеролога или хирурга). Каждое такое заболевание указывается один раз специалистом, первым взявшим пациента под диспансерное наблюдение с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и подписи врача. Записи делаются на основании учетной формы № 030/у «Контрольной карты диспансерного наблюдения».

16. Особое внимание должно уделяться записям в листе заключительных (уточненных) диагнозов – пункт 22, который заполняется врачами всех специальностей на каждое заболевание, по поводу которого больной обратился в данное учреждение в отчетном году. Заболевание, которое выявлено у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается в графе 3 знаком «+» (плюс).

Все острые заболевания: (грипп, ОРВИ, ангина, пневмонии, травмы и т.д.) каждый раз регистрируются со знаком «+» (плюс), т.е. учитываются как впервые выявленные. Хронические заболевания, с которыми больной обращался в предыдущие годы – в случае обращения с ними в отчетном году – регистрируется в листе заключительных (уточненных) диагнозов один раз в течении года при первом посещении, но со знаком «-» (минус).

В случае, если врач не может установить основной диагноз при первом обращении больного, то на страницах «Дневника» указывается предварительный диагноз, а в «лист заключительных (уточненных) диагнозов» вносится диагноз после его уточнения с датой первого обращения по поводу данного заболевания.

Когда установленный и записанный в «Листок» диагноз меняется на другой, тогда предыдущий диагноз зачеркивается и вписывается новый, без изменения даты первого обращения.

17. Пункт 23 «Сроки временной нетрудоспособности» заполняется на каждый случай временной нетрудоспособности больного, где указывается номер листка нетрудоспособности, дата его выдачи, дата закрытия, заключительный (уточненный) диагноз в случае согласия больного с обязательной подписью врача.

18. Пункт 24 «Сведения о прививках» заполняется врачом в случае проведения больному профилактических прививок, следует заполнять все необходимые графы с указанием реакций на прививку.

19. Пункт 25 «Лист профилактического осмотра», рассчитан на 5 лет и предназначен для регистрации данных о профилактических осмотрах, заполняется соответствующими специалистами после выполнения пациенту(ке) всех необходимых обследований: рентгенологического, цитологического исследования, маммографии, осмотра гинекологом и пальпации молочных желез – для женщин, осмотра хирурга, уролога, окулиста, невропатолога, отоларинголога.

Если после проведения профилактического осмотра у пациента не выявлено патологии или течение болезни имеет стойкую ремиссию, делается запись «Признан(на) здоровым или практически здоровым».

В этом листке, исходя из валеологического анамнеза пациента, делается примечание «Отнесен к группе риска в связи с _____».

20. Пункт 26 «Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях» - делаются отметки доз облучения пациента(ки) при рентгенологических исследованиях.

21. Пункт 27 – вкладной лист № 1 – для записей врачей специалистов.

22. Пункт 28 – вкладной лист № 2 служит для записей о состоянии пациента(ки) при наблюдении в динамике.

23. Пункт 29 – вкладной листок № 3 «Ежегодный эпикриз на диспансерного больного» заполняется для диспансерной группы больных.

В нем кратко указываются данные о состоянии здоровья диспансерного больного в течении отчетного года; отмечается основной и сопутствующий диагнозы, количество обострений по поводу основного заболевания на протяжении года; проведенный курс лечения, включая санаторно-курортное, и их результат.

В случае установления больному группы инвалидности отмечаются год, дата установления и группа инвалидности. Кроме того, в этом вкладном листке указывается план наблюдения за больным на следующий год: осмотр соответствующими специалистами, лабораторные, функциональные и другие исследования, медикаментозное лечение, реабилитация и т.п.

Ежегодный эпикриз диспансерного больного подписывается врачом, у которого больной находится под диспансерным наблюдением, и хранится вместе с формой первичной учетной документации № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» в течение 5 лет.

24. Пункт 30 – вкладной лист № 4 – для записей консультации заведующего отделением.

25. В случае госпитализации больного в стационар, который объединен с поликлиникой, форма № 025/у передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти форма № 025/у с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

26. В случае смерти больного лечащий врач одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в разделе «Дневник» формы № 025/у осуществляет запись: дата выдачи, номер врачебного свидетельства о смерти, указывает причину смерти (части I и II пункта 11 формы первичной учетной документации № 106/у «Врачебное свидетельство о смерти № _____»).

Формы № 025/у на умерших из картотеки передаются в архив учреждения здравоохранения.

27. Форма № 025/у должна храниться в регистратуре амбулаторно-поликлинического учреждения.

28. Если форма № 025/у становится объемной, не придерживается хронология записей, необходимо заполнить новый экземпляр формы, в которой в «Листке записи заключительных (уточненных) диагнозов» отмечаются все диагнозы больного со знаком «+» (плюс) и знаком «-» (минус), а использованная форма сдается в архив.

29. В случае ведения формы № 025/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Данные дневника должны быть распечатаны и засвидетельствованы подписью лечащего врача.

30. Срок хранения формы № 025/у – 25 лет.

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 месторасположение (полный
почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в
котором заполняется форма

Код

Форма первичной учетной документации

№ 025-6/y

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

12032015 № 312

ТАЛОН
амбулаторного пациента

1. Фамилия, имя, отчество врача, который начал лечение

2. Номер медицинской карты амбулаторного больного

3. Фамилия, имя, отчество

4. Пол: мужской - 1; женский - 2

5. Дата рождения
(число, месяц, год)

6. Местожительство: ул. , дом. N , корп. , кв.

7. Работает: да - 1; нет - 2

8. Контингенты: инвалиды войны - 1; участники войны - 2; участники боевых действий - 3; контингенты лиц, которые приравнены по льготам к ветеранам войны, - 4; инвалиды - 5; участники ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС - 6; эвакуированные - 7; лица, которые проживают на территории зоны радиозоологического контроля, - 8; дети, родившиеся от родителей, которые отнесены к 1, 2, 3 категориям лиц, что пострадали в результате Чернобыльской катастрофы, из зоны отчуждения, а также отселены из зон безусловного (обязательного) и гарантированного добровольного отселения - 9; другие льготные категории - 10

9. Цель обслуживания : лечебно-диагностическая - 1; консультативная - 2; диспансерное наблюдение - 3; профилактический осмотр - 4; медико-социальная - 5; другая - 6

10. Случай обслуживания : первичный - 1; повторный - 2

11. Место обслуживания	Дата посещения (число, месяц)	Всего посещений
Поликлиника	<input type="text"/>	<input type="text"/>
На дому	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Диагноз заключительный:

Код за МКБ-10

Характер заболевания: острое заболевание - 1; впервые зарегистрировано хроническое - 2; ранее известное хроническое - 3; обострение хронического - 8

13. Травмы, связанные с производством, : в промышленности - 1; в сельском хозяйстве - 2; дорожно-транспортные - 3; другие - 4; не связаны с производством: бытовые - 5; уличные - 6; дорожно-транспортные - 7; спортивные - 8; школьные - 9; другие - 10

14. Оперативные вмешательства (операции), выполненные на приеме _____

15. Диспансеризация: находится на учете, группа (I, II, III) _____
взят(а) на учет, группа (I, II, III) _____

Снят(а) с учета _____
(число, месяц, год)

Снят с учета по причине: улучшения - 1; смерти - 2; выбытия - 3; изменения диагноза - 4 _____
Дата следующего посещения _____
(число, месяц, год)

16. Инвалидность: установлена впервые (гр. I, II, III) _____

в том числе потерпевшие от аварии на Чернобыльской АЭС (гр. I, II, III) _____

подтвержденная (гр. I, II, III) _____

17. Документ о временной нетрудоспособности

лист нетрудоспособности выдан _____
(число, месяц, год)

закрыт _____
(число, месяц, год)

справка выдана _____
(число, месяц, год)

закрыта _____
(число, месяц, год)

18. Результат лечения : выздоровление - 1; улучшение - 2; без изменений - 3; госпитализация в стационар - 4; смерть - 5; рекомендовано: санаторно-курортное лечение - 6; реабилитацию - 7 _____

19. Случай обслуживания: законченный - 1; незаконченный - 2 _____

20. Фамилия, имя, отчество врача, который закончил лечение

Лечащий врач _____

(фамилия, подпись)

Дата «__» _____ 20__ года

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 025-6/у «Талон амбулаторного пациента»

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 025-6/у «Талон амбулаторного пациента» (далее – форма № 025-6/у).

2. Форма № 025-6/у заполняется в учреждениях здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь населению, ЦПМСП, поликлиниках для взрослых и детей, женских консультациях.

3. Форму № 025-6/у заполняют лечащие врачи на каждый случай поликлинического обслуживания. Случаем поликлинического обслуживания считается совокупность посещений на каждое обращение пациента.

Паспортную часть формы № 025-6/у может заполнять медицинская сестра или регистратор.

4. Форма № 025-6/у предназначена для регистрации всех заболеваний, кроме острых инфекционных, которые учитываются на основании формы № 058/о «Экстренное сообщение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку», и заболеваний в специализированных учреждениях (психоневрологических, противотуберкулезных, онкологических), в которых учет проводится на основании форм первичной учетной документации: № 089/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза или его рецидива»; № 089-1/у «Извещение о случае заболевания сифилисом, гонококковой, хламидийной инфекцией, урогенитальным микоплазмозом и трихомониазом»; № 089-2/у. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки»; № 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования», и форм диспансерного наблюдения за больным: № 030-1/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения за больным с расстройствами психики и лицом, которое имеет расстройства психики в результате употребления психоактивных веществ» № 030-6/у «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием».

Исключение составляют острые респираторные вирусные инфекции и грипп, на которые форма № 025-6/у заполняется обязательно.

5. В пунктах 1 и 20 формы № 025-6/у указывается фамилия, имя, отчество врача, который начал и закончил лечение.

6. В пункт 1 вписываются фамилия, имя, отчество врача, который начал лечение, в пункт 20 – фамилию, имя, отчество врача, который закончил лечение. Больной может сделать первое посещение к дежурному врачу, а потом по поводу этого случая обратиться к своему участковому врачу-терапевту. Это правило распространяется только на врачей одной и той же специальности и не касается врачей узких специальностей. Например, больного с гипертонической болезнью при обращении может лечить врач-терапевт, а консультировать – окулист, невропатолог. В этом случае каждый из специалистов должен заполнять отдельную форму № 025-6/у.

7. В пункте 2 отмечается номер медицинской карты амбулаторного больного (по каждой амбулатории ЦПМСП нумерация ф. № 025/у начинается с «0», то есть сквозным методом, через дробь указывается номер амбулатории).

8. В пункт 3 вписываются фамилия, имя и отчество пациента (в каждую клеточку записывается одна буква).

9. В пункте 4 отмечается пол пациента с отметкой в квадрате: 1 - мужской пол, 2 - женский пол.

10. В пункт 5 вписываются число, месяц и год рождения пациента. Данные заполняются из формы первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № __», или из формы № 112/у «История развития ребенка».

В первые две графы вписывается дата рождения; в другие две - порядковый номер месяца рождения; в следующие - четыре цифры года.

11. В пункте 6 отмечается место жительства пациента согласно паспортным данным, в случае, если это ребенок, указывается местожительство его родителей или других законных представителей; в пункте 7 отмечается наличие/отсутствие работы у пациента, а в пункте 8 необходимо подчеркнуть, к какому из указанных контингентов (инвалид войны, участник боевых действий и т.д.) относится пациент.

12. В пункте 9 в клеточке отмечается цель обслуживания (лечебно-диагностическая - 1; консультативная - 2; диспансерное наблюдение - 3; профилактический осмотр - 4; медико-социальная - 5; другая - 6).

13. В пункте 10 отмечается случай обслуживания - первичный или повторный. Первичным случаем поликлинического обслуживания считается первый в этом календарном году случай обслуживания с этой целью. При этом необходимо помнить, что случай обслуживания, связанный с острым заболеванием, всегда учитывается как первичный.

У лиц, которые обратились по поводу хронических заболеваний, могут быть как первичные, так и повторные случаи обслуживания (заболевание записывается одно, а случаев обслуживания может быть несколько).

При определении первичности или повторности случая обслуживания необходимо принимать во внимание цель обращения пациента в поликлинику.

14. В пункте 11 записываются даты посещений в поликлинике, на дому и указывает их общее количество.

15. В пункте 12 отмечаются заключительный диагноз. Для заключительного диагноза в первые четыре - пять графоклеток записывается код заболевания согласно Международной статистической классификации болезней (далее - МКБ-10). Шестым знаком указывается характер основного заболевания: острое заболевание - 1; впервые в жизни зарегистрированное хроническое - 2; ранее известное хроническое - 3; обострение хронического - 8.

16. При указании диагноза необходимо придерживаться таких правил: в форме № 025-6/у указывается только основной диагноз, который явился причиной данного обращения за медицинской помощью; диагноз записывается при последнем посещении пациента по поводу данного обращения; если диагноз при профилактическом осмотре не установлен, необходимо вписать «здоров» (0000); если при обращении за лечением острое заболевание комбинируется с хроническим, то основным заболеванием, которое явилось причиной обращения, необходимо считать острое заболевание.

17. В пункте 13 отдельно указаны травмы по их видам: связанные с производством (подпункты 1 - 4) и не связанные с производством (подпункты 5 - 10).

18. В пункте 14 указываются оперативные вмешательства, которые выполнены больному на амбулаторном приеме.

19. Пункт 15 заполняется в случае, когда больной находится на диспансерном учете по поводу того же заболевания, которое послужило поводом для данного обращения за медицинской помощью, при этом указывается дата взятия на учет и дата снятия с учета. Следует обратить внимание на то, что больной может находиться под наблюдением у нескольких специалистов. Врач, который заполняет форму № 025-6/у, должен вносить сведения только по своей специальности.

20. В пункте 16 указывается наличие впервые установленной инвалидности у пациента (группы I, II, III) по заболеванию, которое послужило причиной обращения за медицинской помощью либо если она подтверждена по данному заболеванию.

21. В пункте 17 отмечаются даты (число, месяц, год) выдачи и закрытия документа о временной нетрудоспособности (больничного листка, справки).

22. Пункт 18 отображает результаты лечения (выздоровление - 1; улучшение - 2; без изменений - 3; госпитализация в стационар - 4 и так далее), необходимая цифра проставляется в квадрате справа.

23. В пункте 19 указывается, является ли случай амбулаторного обслуживания законченным или не законченным и заполняется обязательно. Законченным считается такой случай амбулаторного поликлинического обслуживания, когда пациент обследован, ему назначено и проведено необходимое лечение, больной выздоровел или состояние больного настолько улучшилось, что не требует обращения к врачу, то есть цель обращения за медицинской помощью достигнута.

24. Форма № 025-6/у с отметкой в пункте 19 о законченности случая подписывается лечащим врачом и передается в кабинет медицинской статистики для обработки. Талоны без отметки о том, что случай закончен, хранятся в кабинете врача не более трех недель (21 день). За этот период необходимо сделать все, чтобы цель обращения пациента за медицинской помощью была достигнута: повторно пригласить больного, организовать консультацию, госпитализацию и т.д.

25. В случае ведения формы № 025-6/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

26. Срок хранения формы № 025-6/у – 1 год.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма Код	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	1	2	0	3	2	0	1	5	3	1	2
		1	2	0	3	2	0	1	5			
3	1	2										
<table border="1"><tr><td colspan="3">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</td></tr><tr><td colspan="3">Форма первичной учетной документации № 027/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</td></tr></table>	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ			Форма первичной учетной документации № 027/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики								
МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ												
Форма первичной учетной документации № 027/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики												
ВЫПИСКА из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного												
(наименование и месторасположение учреждения здравоохранения, куда направляется выписка)												
1. Фамилия, имя, отчество больного												
2. Дата рождения												
3. Местожительство больного: область, район, город (село), улица, дом, кв.												
4. Место работы (должность)												
5. Дата: а) в амбулаторно-поликлиническом учреждении: заболевания направление в стационар б) в стационаре: поступление выписки или смерти (подчеркнуть)												
6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующие заболевания и осложнения) :												

7. Короткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

8. Лечебные и трудовые рекомендации

“ ” 20__ году

Лечащий врач

(фамилия,
подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

**Инструкция
по заполнению формы первичной учетной документации
№ 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного)
больного»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» (далее - форма № 027/у).

2. Форма № 027/у заполняется врачами учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, при направлении больного на консультацию в другие учреждения здравоохранения, на стационарное лечение и врачами стационаров при выписке или в случае смерти больного.

3. В пунктах 1-3 указываются фамилия, имя, отчество больного, дата рождения, местожительство согласно паспортным данным.

4. В пункте 4 отмечаются место работы и занимаемая должность.

5. В пункте 5 указываются:

в амбулаторно-поликлиническом учреждении - дата (число, месяц, год) начала заболевания и направления в стационар (на консультацию);

в стационаре - дата поступления и выписки (смерти) из стационара.

6. В пункте 6 указывается полный клинический диагноз основного заболевания, сопутствующие заболевания и осложнения, которые возникли во время стационарного (амбулаторного) лечения.

7. В пункте 7 указываются краткий анамнез, состояние при направлении, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение.

8. В пункте 8 указываются необходимые лечебные и трудовые рекомендации. Для работающих лиц необходимо указать сроки временной нетрудоспособности.

9. В конце формы указывают дату заполнения и подпись врача, который заполнил выписку больному.

10. Форма № 027/у предназначена для обмена информацией амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений здравоохранения относительно диагноза, течения заболевания, состояния больного при направлении (выписке), проведении исследований, консультаций в других учреждениях здравоохранения, лечения, диспансерного наблюдения и других рекомендаций больному.

11. Форма № 027/у выдается на руки больному или пересылается по почте в течение трех дней или передается непосредственно в учреждение здравоохранения, которое направляло больного.

12. В случае ведения формы № 027/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

13. Срок хранения формы № 027/у – 25 лет.

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

Код

**МЕДИЦИНСКАЯ
ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 027-1/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ
Донецкой Народной Республики

1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 3 | 1 | 2 |

ВЫПИСКА

из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием

« _____ » « _____ » 20 _____ года
(дата заполнения)

Местонахождение учреждения здравоохранения, куда направлена выписка

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Пол: мужской – 1, женский – 2 ☐

3. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

4. Место жительства больного _____
(страна, область, район, населенный пункт, улица, дом. №, кв. №)

5. Житель: города – 1, села – 2 ☐

6. Профессия _____

7. Группа первичного учета для пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС: ликвидаторы – 1; эвакуированные – 2; население, проживающее на территории радиоэкологического контроля – 3; дети, которые родились от родителей 1-3 групп первичного учета – 4 ☐

8. Дата госпитализации _____ (число, месяц, год) 9. Дата выбытия из стационара _____ (число, месяц, год)

10. В случае смерти - причина: осложнение лечения - 1, прогрессирование злокачественного новообразования - 2, от другого заболевания или несчастного случая - 3 ☐

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

(клинический диагноз подробно с указанием локализации первичной опухоли) Код по МКБ-10

T _____ N _____ M _____ pT _____ pN _____ pM _____

Стадия _____

12. Диагноз подтвержден: гистологически - 1, цитологически - 2, рентгенологически - 3, эндоскопически - 4, радиоизотопным методом - 5, клинически - 6, другим – ☐

7:

13. Дата установления диагноза _____
(число, месяц, год)

14. Морфологическое заключение № _____, Дата _____
(число, месяц, год)

(морфологический тип опухоли)

(степень дифференцировки)

15. Наличие рецидива заболевания, отдаленных метастазов (локализация)

16. Осложнения основного заболевания

17. Сопутствующие заболевания

18. Патологоанатомический диагноз

19. ХРОНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Характер проведения лечения (по радикальной программе; паллиативное; симптоматическое; реабилитация; другие)

Хирургическое лечение	Дата операции	Наименование операции			Примечание (в т. ч. осложнения)
Лучевая терапия	Дата проведения лечения (с ... по ...)	Что облучалось (первичная опухоль, Mts, Rec, другое) и где (указать орган, ткань, область)	Доза (суммарная)	Вид облучения (рентген, гамма, Co60, Cs 137, бета, электроны, нейтроны, лазерное, прочее)	Примечание (в т. ч. осложнения)
Химио-, гормоно-, иммунотерапия	Дата проведения лечения (с ... по ...)	Название препарата	Доза (суммарная)	Способ введения (в / в, в / а, в / м, per os, прочее)	Примечание (в т. ч. осложнения)
Другие виды лечения	Дата проведения лечения (с ... по ...)	Название (вид) лечения			Примечание (в т. ч. осложнения)

20. Специальные методы обследования, подтверждающие диагноз

(компьютерная томография, УЗИ, МРТ, другие)

21. Рекомендации при
выписке _____

(для умерших патологоанатомическое заключение)

Фамилия, имя, отчество врача, заполнившего выписку, _____

(подпись)

Фамилия заведующего отделением _____

(подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Инструкция

по заполнению формы первичной учетной документации № 027-1/у «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием»

Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 027-1/у «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» (далее – Выписка).

Настоящая Инструкция обязательна для стационаров всех ведомств и учреждений всех форм собственности, осуществляющих лечение онкологических больных, в том числе для: больниц, лечебно – диагностических центров, госпиталей, поликлиник с дневными стационарами, диспансеров, медсанчастей, клиник научно-исследовательских институтов, санаторно-курортных учреждений и т.д. (далее – учреждения).

Выписка заполняется лечащим врачом независимо от его специальности на каждого больного злокачественным новообразованием, который выбыл из стационара (выписан, умер). Выписка заполняется как на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в том числе с преинвазивным раком (*carcinoma in situ*), так и на больных с диагнозом, установленным ранее. Для одного и того же больного заполнение Выписки обязательно для каждого случая госпитализации, вне зависимости от продолжительности, исхода последней и дальнейших планов лечения.

Выписка должна быть заполнена в день выписки больного из стационара и в десятидневный срок с момента заполнения выслана в онкологические учреждения по месту постоянного проживания (место постоянной регистрации) больного - в онкологические кабинеты, диспансеры, которые обслуживают население данной территории, или в Республиканский онкологический центр. На руки больному Выписка не выдается.

Руководители лечебно-профилактических учреждений обязаны обеспечить контроль своевременности и качества заполнения Выписки и высылку Выписок в десятидневный срок после их составления в соответствующие территориальные онкологические учреждения (онкокабинеты, онкодиспансеры, диспансерные онкологические отделения, Республиканский онкологический центр). Случаи незаполнения врачами Выписок и недостаточного контроля руководителей медицинских учреждений за качеством и своевременностью их заполнения, а также своевременностью высылки рассматриваются, как серьезные нарушения ими функциональных обязанностей и врачебного долга.

Данные из Выписок в территориальных онкологических учреждениях, осуществляющих диспансерное наблюдение за больными злокачественными новообразованиями, вносятся в базу данных территориального популяционного канцер-регистра и в «Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием» (ф. № 030-6/у).

Руководители территориальных онкологических учреждений обязаны обеспечить контроль качества, полноты и своевременности заполнения поступающих в руководимые ими учреждения Выписок. При нарушении правил заполнения и высылки Выписок руководитель территориального онкологического учреждения должен поставить об этом в известность главного врача указанного лечебно-профилактического учреждения.

Онкологические учреждения осуществляют уточнение и верификацию информации, внесенной в Выписки. Стадия опухолевого процесса у больных со злокачественным новообразованием может быть уточнена с учетом данных, полученных во время хирургического вмешательства, если оно произведено не позднее, чем через два месяца после установления диагноза.

Название и адрес медицинского учреждения, в котором заполнена Выписка, вносится полностью, без сокращений. Если Выписка заполняется в онкологическом диспансере и никуда не направляется, то вместо названия необходимо отметить «Заполнено в диспансере».

В Выписке обязательно должна быть указана дата ее заполнения.

Название медицинского учреждения, в которое направляется Выписка, вносится полностью, без сокращений.

В пункте 1 указываются фамилия, имя и отчество больного (полностью, на основании паспортных данных).

В пункте 2 отмечается пол больного.

В пункте 3 отмечаются число, месяц и год рождения больного. Запись полной даты обязательна, не допускается указание только года рождения.

В пункте 4 указывается место жительства больного (республика, город, район, населенный пункт, улица, дом № _____, квартира № _____).

В пункте 5 отмечается, где живет больной: в городе или в селе. Больных, проживающих в поселках городского типа, следует отнести к жителям города.

В пункте 6 отмечаются место работы (специальность), основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни, в том числе, если больной в данный момент находится на пенсии или является иждивенцем.

Пункт 7 заполняется для потерпевших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС соответственно группе первичного учета на основании удостоверения пострадавшего: 1 - ликвидатор, 2 - эвакуированный, 3 - житель, который проживает на территории радиоэкологического контроля, 4 - ребенок, который родился от родителей 1-3 групп первичного учета.

В пункте 8 отмечаются число, месяц и год госпитализации больного.

В пункте 9 отмечаются число, месяц и год убытия из стационара больного.

В пункте 10 (в случае смерти больного) отмечается причина смерти: 1 - осложнение лечения, 2 - прогрессирование злокачественного новообразования, 3 - другое заболевание или несчастный случай.

В пункте 11 указывается заключительный диагноз - клинический диагноз подробно с указанием локализации первичной опухоли соответственно Международной статистической классификации болезней десятого пересмотра (далее - МКБ-10) и стадия заболевания. Кроме того, указывается 4х-значный код заболевания соответственно МКБ-10.

В пункте 12 отмечаются все методы, с помощью которых был подтвержден диагноз: 1 - гистологическим, 2 - цитологическим, 3 - рентгенологическим, 4 - эндоскопическим, 5 - радиоизотопным методом, 6 - клиническим, 7 - другим.

В пункте 13 отмечаются число, месяц и год установления диагноза. В случае выявления у больного нескольких злокачественных опухолей или заболеваний злокачественными новообразованиями, пункты 11-16 повторяются для каждого такого заболевания. При этом заполняются дополнительные бланки Выписок - на бланках указывается «Дополнительно».

В пункте 14 указываются результаты морфологического исследования: номер, дата исследования, морфологический тип опухоли, степень дифференцировки клеток, глубина инвазии, поражение лимфатических узлов, кровеносных сосудов и др. Морфологические диагнозы должны соответствовать номенклатуре МКБ-10.

В пункте 15 указываются наличие рецидива заболевания, метастазов и их локализация.

В пункте 16 указывается наличие осложнения основного заболевания.

В пункте 17 указываются сопутствующие заболевания (при наличии).

В случае смерти больного в пункте 18 указывается патологоанатомический диагноз и причина смерти в соответствии с врачебным свидетельством о смерти.

В пункте 19 отображается хронология лечения за данный период пребывания в стационаре:

указывается характер проведенного лечения (по радикальной программе, паллиативное, симптоматическое, реабилитация, другое); отмечаются все виды проведенного лечения, полученные больным, с указанием названия, даты проведения, примечания, в том числе осложнения; при лучевом лечении - что облучалось (первичная опухоль, Mts, Rec, другое) и где (указать орган, ткань, область), доза (суммарная), вид облучения (рентген, гамма, Co 60, Cs 137, бета, электроны, нейтроны, лазерное, другое); при химио-, гормоно-, иммунотерапии отмечаются название препарата, доза (суммарная) и способ введения (в/в, в/а, в/м, per os, другое); вносят данные о других примененных видах лечения.

В пункте 20 отмечаются специальные методы обследования, которые подтверждают диагноз (компьютерная томография, УЗД, МРТ и прочее) с указанием даты, номера.

В пункте 21 отмечаются рекомендации при выписке.

В конце Выписки должны быть разборчиво указаны фамилия, имя и отчество врача, который заполнил Выписку, и его подпись; фамилия заведующего отделением и его подпись.

Ответственным за достоверность приведенной в Выписке информации является лицо, которое заполнило Выписку.

В случае ведения формы № 027-1/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения Выписки не менее 3 лет после отчетного периода.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

Код

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 027-2/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 3 | 1 | 2 |

ПРОТОКОЛ**о выявлении у больного запущенной формы злокачественного новообразования**

Номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного

Учреждение здравоохранения, куда направлен Протокол (название, адрес) _____

1. Фамилия, имя, отчество больного

2. Пол: мужской–1, женский–2

☐

3. Дата рождения

(число, месяц, год)

4. Место жительства больного

(страна, область, район, населенный пункт, улица, дом №, кв. №)

5. Житель: города–1, села–2

☐

6. Место работы (специальность)

7. Группа первичного учета для потерпевших от последствий аварии на ЧАЭС: ликвидаторы - 1; эвакуированные - 2; население, которое проживает на территории радиозоологического контроля - 3; дети, которые родились от родителей 1-3 групп первичного учета – 4

☐

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

(клинический диагноз подробно с указанием локализации первичной опухоли и отдаленных метастазов) Код за МКБ-10

T _____ N _____ M _____ p T _____ p N _____ p M _____

9.Стадия _____

10. Диагноз подтвержден: гистологически - 1, цитологически - 2, рентгенологически - 3, эндоскопически - 4, радиоизотопным методом - 5, клинически - 6, другим - 7

1.Морфологический тип

опухоли _____

12. Обстоятельства выявления заболевания: при обращении - 1, в смотровом кабинете - 2, при других видах профосмотра - 3, на операции - 4, посмертно на вскрытии - 5

☐

13. Подлежал профосмотрам по месту работы (дата последнего) _____;

находился под диспансерным наблюдением последние 10 лет:

специальность врача _____

продолжительность _____;

специальность врача _____

продолжительность _____;

специальность врача _____

продолжительность _____;

14. Медицинский анамнез больного:

появление первых признаков данного заболевания: число _____ месяц _____ год _____ ;

первичное обращение больного за медпомощью по поводу данного заболевания:

число _____ месяц _____ год _____ ,

в какое учреждение здравоохранения

_____ ;
Дата установления запущенности: число _____ месяц _____
год _____ .

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

Наименование учреждения	Дата обращения	Методы исследования	Поставленный диагноз	Проведенное лечение

16. Причина запущенности (подчеркивается основная причина запущенности:

- неполное обследование - 1,
- ошибка в диагностике - 2: клиническая -2.1; эндоскопическая -2.2; ультразвуковая - 2.3; рентгенологическая - 2.4; цитологическая - 2.5; гистологическая - 2.6,
- длительное обследование больного - 3,
- скрытое течение заболевания - 4,
- отсутствие профосмотра на протяжении последнего года - 5,
- несвоевременное обращение за помощью – 6,
- отказ от обследования – 7,
- другие причины - 8.

17. Дополнительные замечания _____

18. Данные клинического разбора настоящего случая запущенности:

наименование учреждения, где проведена конференция: _____

Дата проведения конференции: число _____ месяц _____ год _____

Организационные выводы

Дата составления протокола « _____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, имя, отчество и подпись врача, составившего протокол _____

(подпись)

Фамилия, инициалы и подпись главного врача

(подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Инструкция

по заполнению формы первичной учетной документации № 027-2/у «Протокол о выявлении у больного запущенной формы злокачественного новообразования»

Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 027-2/у «Протокол о выявлении у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (далее – Протокол).

Настоящая инструкция обязательна для медицинских учреждений здравоохранения всех ведомств и форм собственности, в том числе: амбулаторно-поликлинических учреждений, больниц, госпиталей, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, клиник научно-исследовательских институтов, санаторно-курортных учреждений, прозектур, патологоанатомических отделений/бюро (лабораторий) и т.д. (далее – учреждение).

Осуществление систематического контроля и изучение всех случаев позднего выявления злокачественных опухолей в сети лечебных учреждений является обязательным в целях повышения квалификации врачей в вопросах ранней диагностики рака и своевременного его лечения, а также повышения онкологической настороженности врачей общей лечебной сети.

Контролю и изучению подлежат все случаи поздней диагностики, т.е. III и IV стадии для визуальных локализаций и IV стадии всех остальных локализаций.

К визуальным локализациям относятся злокачественные новообразования губы (C00), полости рта и околоушной железы (C01 – C09), прямой кишки, заднего прохода и анального канала (C20 – C21), кожи (C43 - C44), вульвы (C51), полового члена (C60), молочной железы (C50), влагалища (C52), шейки матки (C53), яичка и других мужских половых органов (C62 – C63), щитовидной железы (C73).

Протокол составляется всеми лечебно-профилактическими учреждениями, где впервые установлен случай поздней диагностики злокачественной опухоли при жизни больного. Оформление Протокола и разбор причин запущенности следует проводить и в случае, если больной, не получивший никакого специального лечения, умер от злокачественной опухоли в течение 3 месяцев с момента установления диагноза злокачественного новообразования, а также в случае, если диагноз злокачественного образования был установлен посмертно.

Отсутствие Протокола должно рассматриваться как скрывание случаев несвоевременной диагностики рака.

Протокол составляется одновременно с составлением «Выписки из медицинской карты больного злокачественным новообразованием» (ф. № 027-1/у). В случае диагностирования запущенности опухолевого процесса в поликлинических условиях Протокол заполняется в день установления диагноза.

На каждый случай запущенной злокачественной опухоли Протокол составляется в 2 экземплярах: один из них прилагается к Медицинской карте стационарного больного (ф. № 003/у) или Медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), другой направляется в онкологический диспансер или кабинет по месту постоянного жительства больного. Протокол должен быть выслан не позднее 10 дней после его составления. На руки больному Протокол не выдается.

Онкологическое учреждение при получении Протокола запущенности берет больного на учет, в случае, если ранее больной на учете не состоял.

Ответственность за изучение причин поздней диагностики злокачественных опухолей возлагается на руководителя лечебного учреждения, в котором была допущена диагностическая или тактическая ошибка.

Главный врач лечебного учреждения, в котором была допущена диагностическая либо тактическая ошибка, организует разбор ошибок на врачебной конференции с привлечением врачей, наблюдавших или лечивших больного ранее, по вине которых заболевание оказалось запущенным, и с привлечением представителя лечебного учреждения (по возможности), где эта ошибка была установлена.

Конференции по изучению случаев позднего выявления злокачественных опухолей протоколируются, материалы и выводы их с указанием причин запущенности в каждом случае передаются в органы здравоохранения данной административной территории. Особое внимание уделяется разбору тех случаев, в которых причиной поздней диагностики явилось неполное, длительное обследование и ошибки диагностики.

В левом верхнем углу – штамп учреждения, составившего Протокол.

Далее отмечают: номер медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного; наименование лечебного учреждения, куда направляется Протокол. Если Протокол заполняется в онкологическом диспансере и никуда не направляется, то вместо названия необходимо отметить «Заполнено в диспансере».

В пункте 1 указываются фамилия, имя и отчество больного (полностью, на основании паспортных данных).

В пункте 2 отмечается пол больного.

В пункте 3 отмечаются число, месяц и год рождения больного.

В пункте 4 указывается место постоянного жительства больного (страна, республика, область, район, населенный пункт, улица, дом №, квартира №).

В пункте 5 отмечается, где живет больной: в городе или в селе. Больных, которые проживают в поселках городского типа, следует отнести к жителям города.

В пункте 6 отмечается место работы (специальность), основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни, в том числе, если больной в данный момент находится на пенсии или является иждивенцем, или освобожденным из мест лишения свободы и т.п.

Пункт 7 заполняется для потерпевших от последствий аварии на Чернобыльской АЭС соответственно группе первичного учета на основании удостоверения пострадавшего: 1 - ликвидатор, 2 - эвакуированный, 3 - житель, который проживает на территории радиоэкологического контроля, 4 - ребенок, который родился от родителей 1-3 групп первичного учета.

В пункте 8 указывается заключительный диагноз - клинический диагноз подробно, с указанием локализации первичной опухоли соответственно Международной статистической классификации болезней десятого просмотра (далее – МКБ-10) и 4х-значный код МКБ-10.

Необходимо точно описать локализацию опухоли в органе, степень ее распространенности (прорастание в соседние органы, регионарное и отдаленное метастазирование, форму роста).

Кроме того, в пункте 9 указывается стадия заболевания по TNM.

В пункте 9 указывается стадия (группировка соответственно TNM).

В пункте 10 отмечаются все методы, с помощью которых был подтвержден диагноз: 1 - гистологический, 2 - цитологический, 3 - рентгенологический, 4 - эндоскопический, 5 - радиоизотопный, 6 - клинический, 7 - другие.

В пункт 11 вносится морфологический тип опухоли.

В пункте 12 указываются обстоятельства выявления заболевания.

В пункте 13 отмечается информация о прохождении больным профосмотров по месту работы (указывается дата последнего) и о пребывании больного под диспансерным наблюдением за последние 10 лет (указывается специальность врача и продолжительность пребывания под наблюдением).

В пункте 14 отмечается медицинский анамнез больного: дата (число, месяц и год) проявления первых признаков данного заболевания; дата (число, месяц и год) первичного обращения больного за медпомощью; название учреждения здравоохранения, в которое обращался больной; дата (число, месяц и год) установления запущенности.

В пункте 15 указываются в хронологическом порядке за последние 3 года этапы обращения больного в лечебные учреждения. Для каждого лечебного учреждения необходимо внести: наименование учреждения, дату обращения больного в данное медицинское учреждение, методы исследования, использованные для установления диагноза у данного больного, установленный диагноз и лечение, которое проведено больному, либо указать лечебное учреждение, в которое больной направлен для дальнейшего обследования или лечения.

В пункте 16 подчеркивается основная причина запущенности: неполное обследование – 1, ошибка диагностики – 2: клиническая – 2.1; эндоскопическая – 2.2; ультразвуковая – 2.3; рентгенологическая – 2.4; цитологическая – 2.5; гистологическая – 2.6, длительное обследование больного – 3, скрытое течение заболевания – 4, отсутствие профосмотра на протяжении последнего года – 5, несвоевременное обращение за помощью – 6, отказ от обследования – 7, другие причины – 8 (указать).

В пункте 17 отмечаются дополнительные замечания (при наличии).

В пункт 18 вносятся данные клинического разбора настоящего случая запущенности: дата и учреждение, в котором проведена врачебная конференция, число участников; указываются организационные выводы и их обоснование; дата составления протокола.

В конце Протокола должны быть разборчиво указаны фамилия, имя и отчество врача, который составил Протокол, и его подпись.

Протокол должен быть подписан главным врачом медицинского учреждения.

Ответственным за достоверность приведенной в Протоколе информации является лицо, которое заполнило Протокол.

В случае ведения формы № 027-2/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Протокол хранится в течение 3 лет после отчетного периода.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

1. Номер страхового полиса	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
2. Код льготы	<div></div> <div></div> <div></div>
(пп. 1, 2 заполняется при переходе на медицинское страхование)	
3. Фамилия, имя, отчество больного	<div></div>
4. Дата рождения	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div>(число, месяц, год)</div>
5. Местожительство больного: область	<div></div> , район <div></div> , город (село) <div></div> , улица <div></div> , дом <div></div> , кв. <div></div>
6. Место работы, должность	<div></div>
7. Отделение, в которое направляется больной	<div></div>
8. Диагноз больного, поставленный учреждением, которое направило больного в стационар	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
<div></div>	
9. Результаты исследований:	
- лабораторные	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
- функциональные	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

- рентгенологические	
- инструментальные и другие	
<p>10. Данные экспертного анамнеза - с какого времени пациент имеет листок нетрудоспособности без перерыва - после 30 дней нетрудоспособности</p>	
<p>11. Обоснование направления</p>	
<p>12. Должность медицинского работника, направившего больного</p>	
Ф.И.О	подпись
<p>13. Заведующий отделением (подразделением)</p>	
Ф.И.О	М.П. подпись

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Инструкция
по заполнению формы первичной учетной документации
№ 027-3/у «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию»

Форма № 027-3/у используется при направлении на госпитализацию, обследование, консультацию в учреждения здравоохранения всех уровней, заполняется врачами ЦПМСП, врачами-специалистами лечебных учреждений II-III уровней.

1. Пункты 1-2 формы № 027-3/у заполняются при переходе на обязательное медицинское страхование.

2. В пункте 3 указываются фамилия, имя, отчество больного.

3. В пункте 4 указывается дата рождения (число, месяц, год).

4. В пункте 5 указывается место жительства больного по данным паспорта.

5. В пункте 6 указываются место работы, должность (со слов больного).

6. В пункте 7 отмечается отделение, в которое направляется больной.

7. В пункте 8 указывается диагноз больного, поставленный учреждением, которое направило его в стационар.

8. В пункт 9 вносятся результаты исследований (лабораторные, функциональные, рентгенологические и др.)

9. В пункте 10 при направлении больного на госпитализацию или обследование отражаются данные экспертного анамнеза: с какого времени пациент имеет листок нетрудоспособности без перерыва, после 30 дней нетрудоспособности.

10. В пункте 11 указывается обоснование направления: в отделение – консервативное, оперативное лечение и другое; на консультацию – уточнение диагноза, коррекция лечения, заключение для МСЭК и др.

11. В пункте 12 указывается Ф.И.О., должность медицинского работника, направившего больного на госпитализацию, обследование, консультацию (нужное подчеркнуть).

12. Форма № 027-3/у подписывается врачом, заведующим отделением и заверяется печатью.

13. При поступлении больного на стационарное лечение по самообращению (через санпропускник) после осмотра в приемном отделении (санпропускнике) направление на госпитализацию оформляет врач приемного отделения или дежурный врач, который осматривал больного.

14. Форма № 027-3/у вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у).

15. В случае ведения формы № 027-3/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

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

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

Код

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

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 028/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

Консультативное заключение специалиста

1. Наименование учреждения здравоохранения, которое направило пациента на консультацию

2. Фамилия, имя, отчество пациента

3. Дата рождения

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

(число, месяц, год)

4. Специальность, фамилия, имя, отчество врача-консультанта

5. Результаты лабораторного исследования

6. Результаты функционального, рентгенологического и других специальных исследований:

7. Заключение специалиста (установленный диагноз)

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 028/у «Консультативное заключение специалиста»

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 028/у «Консультационное заключение специалиста» (далее – форма № 028/у).

2. Форма № 028/у заполняется врачами-консультантами лечебно-профилактических учреждений (научно-исследовательских институтов, республиканских больниц, консультативно-диагностических центров и т.д.), куда направляется на консультацию (обследование) пациент.

3. В пункте 1 отмечается наименование учреждения здравоохранения, которое направило пациента на консультацию.

4. В пункте 2 указываются фамилия, имя, отчество пациента, который был проконсультирован.

5. В пункте 3 указывается дата рождения пациента.

6. В пункте 4 отмечаются специальность и фамилия, имя, отчество врача-консультанта.

7. В пункте 5 указываются результаты лабораторных исследований.

8. В пункте 6 отмечаются результаты функционального, рентгенологического и других специальных исследований.

9. В пункте 7 консультант записывает установленный диагноз и другие выводы относительно состояния пациента, которого он осмотрел.

10. В пункте 8 отмечаются рекомендации относительно дальнейшего лечения, реабилитации и тому подобное.

11. Форма № 028/у заполняется и подписывается врачом-консультантом, заведующим структурным подразделением, заверяется печатью учреждения здравоохранения, где проводилась консультация.

12. Форма № 028/у посылается по почте в течение трех дней или нарочным и вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у) или медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у), утвержденные этим приказом, или в историю развития ребенка (форма № 112/у).

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

14. В случае ведения формы № 028/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

15. Срок хранения ф. № 028/у – 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

**Инструкция по заполнению
формы первичной учетной документации № 029/у
«Журнал учета процедур»**

1. «Журнал учета процедур» является оперативным документом и предназначенный для регистрации медицинских процедур, которые проводятся больному.

2. Журналы заполняются медицинскими сестрами во всех кабинетах поликлиники, где проводятся процедуры, а также в отделениях стационара.

3. Для одноразовых процедур можно вести журнал в более простой форме, в котором после графы 5 остается только одна графа для отметки даты проведения процедуры.

4. В процедурных кабинетах крупных лечебно-профилактических учреждений отдельные журналы можно вести на каждый вид процедуры.

5. Фамилия больного остается в журнале в текущем порядке только один раз, в день проведения первой процедуры.

6. Если курс процедур больше 19, на которые рассчитана страница журнала, то следует отмечать дальнейшее количество процедур без повторной регистрации больного.

7. Измерение температуры процедурой не считается.

8. Процедуры, которые проводятся врачом, в журнале не учитываются; отметки об их проведении проводятся в медицинских картах амбулаторного или стационарного больного.

9. В поликлиниках процедуры, проведенные врачом, учитываются в «Дневнике работы соответствующего отделения (кабинета)», формы № 039-5/у, № 039-6/у, № 039-7/у и тому подобное.

10. В случае ведения формы № 029/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

11. Срок хранения – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

8. Запись об изменениях диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях	
9. Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, перевод на инвалидность и тому подобное)	
Наименование лечебно-профилактических мероприятий	
10. Осмотр специалистами: _____	
11. Обследование (лабораторное, функциональное, инструментальное) : _____	
12. Лечение: _____	
13. Реабилитация: _____	
Подпись врача _____	Дата “ ____ ” _____ 20 ____ г.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее – форма № 030/у).

2. Форма № 030/у заполняется всеми учреждениями здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, кроме противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений, в которых заполняются другие контрольные карты диспансерного наблюдения.

3. Форма № 030/у является основным документом для учета диспансерных больных и обеспечения контроля наблюдения за ними.

4. В кожно-венерологических учреждениях форма № 030/у заполняется только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом. На больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эта форма не заполняется; в онкологических учреждениях форма № 030/у заполняется на больных с предопухолевыми заболеваниями. Форма № 030/у заполняется также на инфекционных больных и реконвалесцентов, которые взяты под диспансерное наблюдение врачами кабинетов инфекционных заболеваний.

5. Форма № 030/у заполняется на больных, которые находятся на диспансерном наблюдении по поводу заболеваний. Диагноз, установленный впервые в жизни, указывается с правой стороны титульной части этой формы. С этой же стороны отмечается дата установления диагноза и метод его выявления в случае обращения по поводу заболевания или во время проведения профилактического осмотра.

6. В пункте 1 этой формы отмечаются фамилия, имя, отчество лица, которое взято под диспансерное наблюдение.

7. В пункте 2 отмечается пол лица (проставляется в квадрате), в пунктах 3-6 указываются данные относительно даты рождения, местожительства по паспортным данным, в случае, если больным является ребенок, отмечается местожительства его родителей или других законных представителей, место работы (учеба), профессии или должность данного лица.

8. Форма № 030/у используется для контроля систематического наблюдения за диспансерными больными, потому в пункте 7 указываются даты назначенного и фактического посещения врача диспансерным больным.

9. В пункте 8 отмечается запись об изменениях основного диагноза, сопутствующих заболеваний, осложнений.

10. Проведенные больному лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, перевод на инвалидность и тому подобное) указываются в пункте 9.

11. В пунктах 10-13 отмечается информация о наблюдении больного разными специалистами, его обследовании (лабораторном, функциональном, инструментальном), а также лечении и реабилитации.

12. На больных, которые находятся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, которые этиологически между собой не связаны, форма № 030/у заполняется отдельно на каждое заболевание.

13. Контрольные карты диспансерного наблюдения хранятся в картотеке каждого лечащего врача по срокам назначенного следующего посещения и по нозологическим формам заболеваний больных, которые находятся под диспансерным наблюдением, что позволяет контролировать своевременность посещения пациентом врача.

14. Форма № 030/у используется при составлении отчётной формы № 12 «Отчет о заболеваниях, зарегистрированных у больных, которые проживают в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения, за 20__ год».

15. Форма № 030/у должна быть подписана врачом, у которого больной находится под диспансерным наблюдением. Отмечается дата ее заполнения.

16. В случае ведения формы № 030/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

17. Срок хранения формы № 030/у – 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 030-6/y УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма	
Код	

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА больного злокачественным новообразованием № _____	
1. Фамилия, имя, отчество больного _____	
2. Пол: мужской - 1, женский - 2	3. Дата рождения _____ (число, месяц, год)
4. Место жительства: город - 1, село - 2 _____ (указать адрес: область, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)	
5. Профессия _____	
6. Группа первичного учета для пострадавших от Чернобыльской катастрофы: ликвидаторы - 1; эвакуированные - 2; лица, проживающие на территории радиоэкологического контроля - 3; дети, родившиеся от родителей 1-3 групп первичного учета - 4	
7. Взят (а) на учет _____ (число, месяц, год)	8. Снят(а) с учета _____ (число, месяц, год)
9. Причина снятия с учета: умер(ла) от: осложнение лечения - 1, прогрессирование злокачественного новообразования - 2, другого заболевания, травмы и т.д.- 3; выбыл(ла) из-под наблюдения: диагноз не подтвердился - 4, изменил (а) место жительства - 5, отсутствие сведений о личности более 5-ти лет - 6.	
10. Дата смерти/выбытия (подчеркнуть) _____ (число, месяц, год)	
11. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: _____ Код по МКБ-10 _____	
12. Диагноз установлен _____ (число, месяц, год)	13. Диагноз зарегистрирован _____ (число, месяц, год)
14. Обстоятельства выявления: по обращению - 1; в смотровом кабинете - 2; при других видах профилактического осмотра - 3; посмертно (без вскрытия) - 4; посмертно (при вскрытии) - 5. <input type="checkbox"/>	
15. Где установлен диагноз: _____ (наименование учреждения здравоохранения)	
16. Локализация отдаленных метастазов (M1): _____	
17. Сторона поражения: неизвестно/не указано - 0; справа - 1; слева - 2; двустороннее - 3	
18. Диагноз подтвержден: гистологически - 1; цитологически - 2; рентгенологически - 3; эндоскопически - 4; изотопным методом - 5; клинически - 6; другим - 7 _____ (указать)	
19. Дата исследования _____ (число, месяц, год)	Номер заключения: _____
20. Морфологический тип опухоли: _____	

[illegible]

31. Сведения о диспансерном наблюдении за больным

Назначено явиться (число, месяц, год)	Дата осмотра (число, месяц, год)	Что установлено (Rec * и Mts ** отсутствуют, Rec первичной опухоли, Mts регионарный, Mts удаленный, генерализация, позднее осложнение, жив - других данных нет)	Локализация Rec, Mts; сторона поражения (справа, слева, двустороннее)	Клини- ческая группа	Врач (Ф.И.О.)
1	2	3	4	5	6

*Rec – рецидив; **Mts – метастаз.

Вкладной лист к форме № 030-6/у

Заполняется при выявлении у больного второго (третьего и т.д.) заболевания злокачественным новообразованием или новообразованием in situ

11. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: _____ Код за МКБ-10

12. Диагноз установлен (число, месяц, год) 13. Диагноз зарегистрирован (число, месяц, год)

14. Обстоятельства выявления: по обращению -1; в смотровом кабинете – 2; при других видах профилактического осмотра – 3; посмертно (без вскрытия) – 4; посмертно (при вскрытии) – 5. ☐

15. Где установлен диагноз: _____ (наименование учреждения здравоохранения)

16. Локализация отдаленных метастазов (M1):

17. Сторона поражения: неизвестно/не указано – 0; справа – 1; слева – 2; двустороннее – 3 ☐

18. Диагноз подтвержден: гистологически – 1; цитологически – 2; рентгенологически – 3; эндоскопически – 4; изотопным методом – 5; клинически – 6; другим – 7 _____ (указать)

19. Дата исследования (число, месяц, год) Номер заключения: _____

20. Морфологический тип опухоли: _____

21. Степень дифференцировки опухоли / клеточное происхождение (для лейкемии): не применяется / не указано – 0; высокая – 1; средняя – 2; низкая – 3; не дифференцированная – 4; Т-клеточная – 5; Б-клеточная – 6; ноль-клеточная – 7; ЕК-клеточная – 8; невозможно определить – 9. ☐

22. Сывороточный маркер (для ЗН яичка) ☐ 23. фактор риска: неизвестный – 0; ☐
низкий (< 8 баллов) – 1; высокий (≥ 8 баллов) – 2.

24. T_____ N_____ M_____; pT_____ pN_____ pM_____ * 25. Стадия (группировка на основании TNM) _____

26. Диагноз изменился /не подтвержден (подчеркнуть) (число, месяц, год) Врач _____

* Индексы классификации злокачественных опухолей. (фамилия, подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 030-6/у «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием № _____»

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 030-6/у «Регистрационная карта больного злокачественным новообразованием № _____» (далее – форма № 030-6/у).

2. Форма № 030-6/у заполняется на всех больных с установленным диагнозом злокачественного новообразования (в том числе на больных с диагнозом, установленным ранее; больных с диагнозом, установленным посмертно), проживающих в районе обслуживания территориального онкологического учреждения (онкологический диспансер, онкологический кабинет). Карта заполняется на всех больных с диагнозами, укладываемыми в рубрики C00-C97 и D00-D09 Международной классификации болезней (МКБ-10). Карта заполняется также на вновь прибывших в район деятельности территориального онкологического учреждения больных злокачественным новообразованием, ранее состоявших на учете в другом территориальном онкологическом учреждении.

3. Форма № 030-6/у составляется и хранится в онкологическом учреждении, осуществляющем учет и диспансеризацию больных злокачественными новообразованиями.

Регистрационная карта является основным оперативным документом для формирования информационного массива популяционного канцер-регистра.

База данных популяционного ракового регистра является основным источником информации при составлении годовых статистических отчетов территориального онкологического учреждения по форме № 7 «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и форме № 35-здрав «Отчет о больных злокачественными новообразованиями».

4. Основными источниками информации для заполнения формы № 030-6/у являются «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф. № 090/у), «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» (№ 027-1/у), «Протокол о выявлении у больного запущенной формы злокачественного новообразования» (№ 027-2/у), «Врачебное свидетельство о смерти» (№ 106/у), «Медицинская карта стационарного больного № ____» (№ 003/у), «Медицинская карта амбулаторного больного № ____» (№ 025/у) и другая первичная медицинская документация.

Регистрационные карты заполняются также на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ) и хранятся отдельно.

5. Регистрационная карта должна быть заполнена в трехдневный срок с момента получения онкологическим учреждением сигнальной информации о выявлении у больного злокачественного новообразования («Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного

новообразования» – ф. № 090/у, «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» – ф. № 027-1/у) или поступления другой первичной медицинской документации («Медицинская карта амбулаторного больного» - ф. № 025/у, «Медицинская карта стационарного больного» - ф. № 003/у и др.), являющейся основанием для взятия больного на диспансерный учет. При отсутствии в сигнальной документации о случае злокачественного новообразования каких-либо данных, необходимых для заполнения соответствующих пунктов Регистрационной карты, их следует уточнить по записям в медицинских картах амбулаторного и стационарного больного, другим медицинским документам или путем запроса, направленного в компетентное медицинское учреждение, органы, осуществляющие регистрацию причин смерти, инвалидности и т.д.

6. Руководители территориальных онкологических учреждений, организационно - методических кабинетов (отделений), руководители территориальных популяционных канцер – регистров обязаны обеспечить контроль качества, полноты и своевременности заполнения Регистрационных карт в руководимых ими учреждениях и подразделениях.

7. На титульной странице формы № 030-6/у отмечается полное наименование и местонахождение (почтовый адрес) учреждения здравоохранения (штамп), в котором осуществляется диспансерное наблюдение за онкологическим больным и заполняется форма.

8. В названии формы № 030-6/у указывается номер, который должен быть единым идентификационным номером больного в канцер-регистре.

9. В пунктах 1-4 содержится информация о больном:

в пункте 1 указываются фамилия, имя и отчество больного полностью без сокращений;

в пункте 2 указывается пол больного: мужской – 1, женский – 2;

в пункте 3 указывается дата рождения больного (число, месяц, год), недопустимо указание лишь возраста на момент установления диагноза или года рождения больного;

в пункте 4 указывается постоянное место жительства (постоянная регистрация), а не место временного проживания больного онкологическим заболеванием (город/село, область, район, населенный пункт, улица, дом, квартира); если больным является ребенок, отмечается место жительства его родителей или других законных представителей.

10. В пункте 5 указывается профессия, которая преобладала на протяжении трудовой деятельности больного. Если больной к моменту заполнения Регистрационной карты находится на пенсии, следует указать его прежний основной вид занятий. Недопустимы записи типа «пенсионер», «инвалид» и неуточненные записи, например: «рабочий» (без указания отрасли промышленности), «служащий» (без указания сферы профессиональной деятельности и конкретной специальности) и т.п.

11. В пункте 6 указывается группа первичного учета для лиц, пострадавших от Чернобыльской катастрофы: ликвидаторы – 1; эвакуированные – 2; лица, которые проживают на территории радиоэкологического контроля – 3; дети, которые родились от родителей 1-3 категорий, которые отнесены к лицам, пострадавшим вследствие Чернобыльской катастрофы, а также отселенные из зон обязательного и гарантированного добровольного отселения – 4.

12. В пункте 7 отмечается дата взятия больного на учет (число, месяц, год); в пункте 8 – дата снятия с учета (число, месяц, год).

13. В пункте 9 отмечается причина снятия больного с учета: в связи со смертью от: осложнения лечения – 1, прогрессирования злокачественного новообразования – 2, другого заболевания, травмы и т.д. – 3; снятие с учета: диагноз не подтвержден – 4, изменение места жительства – 5, отсутствие сведений более пяти лет – 6.

14. В пункте 10 отмечается дата (число, месяц, год) смерти/выбытия с учета больного. Недопустимо указывать только год смерти или выбытия.

15. В пункте 11 указываются подробный клинический диагноз злокачественного новообразования или новообразования *in situ* с указанием локализации первичной опухоли (пораженного отдела органа) и его 4х-значный код согласно Международной статистической классификации болезней Десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

16. В пункте 12 указывается дата (число, месяц, год) установления диагноза злокачественного новообразования.

17. В пункте 13 указывается дата фактической регистрации диагноза в канцер – регистре (число, месяц, год).

18. В пункте 14 указываются обстоятельства выявления онкологического заболевания: при обращении – 1, в смотровом кабинете – 2, при других видах профилактического осмотра – 3, посмертно (без вскрытия) – 4, посмертно (при вскрытии) – 5.

К числу «посмертно (без вскрытия)» относятся больные, умершие от злокачественных новообразований, которые при жизни не состояли на учете территориального онкологического учреждения, но которым диагноз злокачественного новообразования был установлен при жизни. Сюда относятся больные, состоявшие на учете в лечебных учреждениях других министерств и ведомств, больные, умершие в стационаре вскоре после установления диагноза злокачественного новообразования, на которых не были своевременно составлены извещения и т.д.

19. В пункте 15 отмечается наименование учреждения здравоохранения, где установлен диагноз.

20. В пункте 16 указывается локализация отдаленных метастазов злокачественного новообразования. Пункт заполняется при диагностировании у больного IV стадии опухолевого процесса.

21. В пункте 17 отмечается сторона поражения для парных органов: не известна/не указана – 0; справа – 1; слева – 2; двустороннее – 3.

22. В пункте 18 указывается наиболее достоверный метод подтверждения диагноза: гистологический – 1; цитологический – 2; рентгенологический – 3; эндоскопический – 4; изотопный – 5; клинический – 6; другой – 7 (указать метод).

23. В пункте 19 отмечаются дата исследования (число, месяц, год) и номер заключения, указанного в пункте 18. В случаях, когда диагноз подтвержден несколькими методами и среди них гистологический или цитологический, указывать дату и номер гистологического исследования, а при его отсутствии – цитологического.

24. В пункте 20 указывается морфологический тип опухоли с указанием глубины инвазии, степени злокачественности. Должен быть внесен подробный морфологический диагноз злокачественного новообразования. Крайне

нежелательны неуточненные записи типа «рак», «лейкоз» и т.д. Морфологические диагнозы должны соответствовать номенклатуре МКБ-10.

25. В пункте 21 отмечается степень дифференцировки опухоли или клеточное происхождение (для лейкоемий): не применяется/не указана – 0; высокая – 1; средняя – 2; низкая – 3; не дифференцированная – 4; Т-клеточное – 5; Б-клеточное – 6; 0-клеточное – 7; ЕК-клеточное – 8; невозможно определить – 9.

26. В пункте 22 указывается сывороточный маркер для злокачественных новообразований яичка.

27. В пункте 23 отмечается фактор риска для трофобластических опухолей: неизвестно – 0; низкий (< 8 баллов) – 1; высокий (≥ 8 баллов) – 2.

28. В пункте 24 отмечаются индексы классификации злокачественных опухолей по TNM.

29. В пункте 25 указывается стадия онкологического заболевания, сгруппированная на основании TNM.

30. В пункте 26 отмечаются данные о наличии или отсутствии группы инвалидности по основному (онкологическому) заболеванию и дата установления группы инвалидности.

31. Пункт 27 содержит информацию о том, проводилась ли аутопсия и известен ли ее результат.

32. В пункте 28 приводятся результаты аутопсии применительно к данному злокачественному новообразованию.

33. В пункте 29 в случае изменения диагноза злокачественного новообразования необходимо указать код нового злокачественного новообразования и дату; если диагноз злокачественного новообразования не подтвердился, указать только дату данного события.

34. В пункте 30 записываются сведения о специальном лечении онкологического больного:

в графе 1 указывается, как лечился больной (амбулаторно или стационарно); если не лечился, то отмечается по какой причине: имел противопоказание к специальному лечению, не подлежал специальному лечению или отказался от него;

в графах 2, 3 отмечаются дата (число, месяц, год) начала лечения или отказа от него и дата (число, месяц, год) окончания лечения;

в графе 4 указывается учреждение здравоохранения, где проводилось лечение;

в графе 5 отмечается вид полученного лечения: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия, иммунотерапия, другое (указать);

для хирургического лечения:

- дата (день, месяц, год) проведения оперативного вмешательства,
- полное название проведенного оперативного вмешательства,
- полное название медицинского учреждения, в котором было проведено хирургическое лечение,
- осложнения хирургического лечения;

в графе 6 указывается характер лечения: по радикальной программе, паллиативное, профилактический курс, симптоматическое, реабилитация;

в графе 7 врач, который заполняет пункт 28, отмечает свою фамилию и ставит подпись.

35. В пункте 31 отмечаются сведения о диспансерном наблюдении за больным и о динамике изменения его состояния:

в графе 1 отмечается дата (число, месяц, год), когда больному необходимо явиться в учреждение здравоохранения;

в графе 2 указывается дата (число, месяц, год) фактического проведения осмотра больного;

в графе 3 указываются результаты осмотра больного: отсутствие или наличие рецидивов или метастазов, рецидивов первичной опухоли, метастазов регионарных или отдаленных, генерализации онкологического процесса, а также поздних осложнений лечения; если о больном известно только то, что он живой, то в указанной графе проводится соответствующая запись;

при возникновении у больного рецидивов или метастазов в графе 4 указываются локализация и сторона поражения парных органов;

в графе 5 указывается клиническая группа, к которой отнесен больной на момент наблюдения;

в графе 6 отмечается фамилия и ставится подпись врача.

36. В случае выявления у больного второго (третьего и т.д.) злокачественного новообразования или новообразования *in situ* данные о нем вносятся во вкладной листок к форме № 030-6/у, который заполняется согласно пунктам 11-27, содержание которых указано выше.

37. В случае ведения формы № 030-6/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

38. Срок хранения формы № 030-6/у – 5 лет после снятия больного с учета.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

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 _____ _____ Код 	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ												
	Форма первичной учетной документации № 031/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2												

КНИГА**записи вызовов врача на дом****за _____ г.****Примечание:**

По каждому терапевтическому (педиатрическому, семейному) участку Книги ведутся отдельно

Начата « _____ » _____ 20 ____ г.

Окончена « _____ » _____ 20 ____ г.

[illegible]

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 031/у «Книга записи вызовов врача на дом»

1. «Книга записи вызовов врача на дом» (далее – форма № 031/у) заполняется в лечебно-профилактических учреждениях, которые оказывают медицинскую помощь на дому.

2. Форма № 031/у предназначена для записи вызовов врачей на дом и для контроля за их выполнением.

3. В поликлиниках, которые имеют терапевтические или педиатрические участки, «Книга записи вызовов врача на дом» ведется отдельно на каждый участок.

4. В амбулаториях, специализированных учреждениях, где объем помощи на дому небольшой – одна форма № 031/у может вестись на учреждение в целом.

Примечание. Форму № 031/у можно использовать и на фельдшерско-акушерских пунктах для записи вызовов на дом среднего медперсонала.

5. «Книга записи вызовов врача на дом» ведется регистратором (медицинской сестрой), который принимает вызова. Во время вызова заполняются первые 8 граф книги.

6. В форму № 031/у записываются как первичные, так и повторные вызова, а также посещения больных на дому по инициативе врача (без вызова), в таком случае в графе 7 Книги отмечается «активное» посещение.

7. На основании вызовов регистратором отбираются медицинские карты амбулаторных больных и передаются врачам, которые будут обслуживать вызова. После выполнения вызова медицинские карты возвращаются в регистратуру и на основании данных, которые есть в форме № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного», врачом заполняются графы 9-13 книги.

8. В случае ведения формы № 031/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

9. Срок хранения – 3 года.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

от 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого (какой) принадлежит учреждение здравоохранения _____ _____ Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____ _____ Код <table border="1" data-bbox="508 304 965 314"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												<table border="1"> <tr> <td colspan="15" style="text-align: center;">МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</td> </tr> <tr> <td colspan="15" style="text-align: center;"> Форма первичной учетной документации № 039/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td> <td>№</td> <td>3</td><td>1</td><td>2</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ															Форма первичной учетной документации № 039/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td> <td>№</td> <td>3</td><td>1</td><td>2</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2			
МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ																																																									
Форма первичной учетной документации № 039/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td> <td>№</td> <td>3</td><td>1</td><td>2</td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2																															
1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2																																														

учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, центре первичной медико-санитарной помощи, консультации на дому

за 20_____ год

Участок: территориальная № _____, цеховая № _____

[illegible]

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Инструкция

**по заполнению формы первичной учетной документации № 039/у
«Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере,
центре первичной медико-санитарной помощи, консультации на дому»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039/у «Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, центре первичной медико-санитарной помощи, консультации на дому» (далее – форма № 039/у).

2. Форма № 039/у заполняется врачами всех специальностей, которые ведут амбулаторный прием и посещение больных на дому, в поликлиниках (амбулаториях), поликлинических отделениях больниц всех профилей (в том числе психиатрических и наркологических), городских и сельских, которые обслуживают взрослое и детское население, диспансерах всех профилей, женских консультациях роддомов и самостоятельных, диспансерных и поликлинических отделениях научно-исследовательских институтов, в госпиталях для инвалидов Великой Отечественной войны, на врачебных здравпунктах, в центрах первичной медико-санитарной помощи (далее – ЦПМСП). Форма № 039/у может также заполняться врачами-статистиками и медицинскими статистиками учреждений здравоохранения на основании представленных врачами первичных учетных документов, перечисленных в пунктах 11, 12 данной Инструкции.

3. Форму № 039/у заполняют также врачи-консультанты, заведующие отделениями, врачи дневных стационаров, которые ведут амбулаторный прием в поликлинике и на дому.

4. Врачи вспомогательных отделений (кабинетов) учитывают посещения по форме № 039/у при назначении процедур больному и тогда, когда исследования проводятся непосредственно врачом и делается соответствующая запись в форме первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № ____» (далее – форма № 025/у), или в форме первичной учетной документации № 112/у «История развития ребенка № ____» (далее – форма № 112/у).

5. Форму № 039/у заполняют также психотерапевты при проведении групповых занятий: число посещений учитывается по количеству больных, которые находятся в группе. Учету подлежат посещения к врачам, которые оказывают медицинскую помощь в специально выделенное для амбулаторного приема время: в случае выездов в другие учреждения здравоохранения (районные больницы, участковые больницы и амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, ЦПМСП).

6. Посещения, которые осуществлены больным на протяжении дня к одному и тому же врачу, учитываются как одно посещение.

7. Профилактические осмотры детей в дошкольных/общеобразовательных учебных учреждениях, профилактические осмотры населения включительно с профилактической целью работников соответствующих профессий, производств и организаций, наркологические профилактические осмотры и т.д. учитываются в число посещений независимо от того, проводятся эти осмотры в поликлинике, или непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях, при наличии соответствующих записей о проведенной работе в формах первичной учетной документации: № 025/у, № 112/у, № 026/у, № 140-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) бланков сертификатов о прохождении наркологического осмотра» (далее - форма № 140-1/у).

8. Не заполняют форму № 039/у врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи, врачи военных комиссариатов, врачи поликлиник, которые консультируют больных, находящихся на лечении в стационаре, врачи стационаров, которые консультируют амбулаторных больных.

9. Не учитываются в количество посещений случаи предоставления медицинской помощи на занятиях физкультурой, на учебно-спортивных сборах, консультации и экспертизы, которые проводятся врачебно-консультативными комиссиями, посещение детей в дошкольных и общеобразовательных учебных учреждениях.

10. Форму № 039/у не заполняют врачи-стоматологи, врачи зубные, которые учитывают свою работу по специальным формам первичной учетной документации: № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета), № 039-3/у «Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)», № 039-4/у «Дневник учета работы врача-стоматолога-ортопеда».

11. Форма № 039/у заполняется на основании форм первичной учетной документации: № 025-4/у «Талон на прием к врачу», № 025-6/у «Талон амбулаторного пациента», № 031/у «Книга записей вызовов врачей на дом», «Списка работников, которые подлежат периодическим медицинским осмотрам», № 065/у «Медицинская карта больного венерическими заболеваниями», № 065-1/у «Медицинская карта больного грибковыми заболеваниями», № 081/у «Амбулаторная карта больного туберкулезом», № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного» № 112/у «История развития ребенка», № 140-1/у «Журнал регистрации выданных (полученных) бланков сертификатов о прохождении наркологического осмотра» № 128/у «Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний», № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

12. Посещение врачей здравпунктов, травмпунктов, приемных отделений стационаров учитываются в форме первичной учетной документации № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных» (далее – форма № 074/у). На основании формы № 074/у в этих учреждениях здравоохранения заполняется форма № 039/у.

13. В соответствии с числами месяца в графах 1-8 формы № 039/у отмечаются сведения относительно количества посещений врачей на амбулаторном приеме включительно с профилактической целью, в графах 9-14 - количество посещений врачами на дому.

14. В графе «А» отмечаются числа месяца, по которым заполняется форма № 039/у.

15. В графе 1 отмечается общее количество всех посещений врачей, которые ведут амбулаторный прием, по поводу заболеваний включительно с профилактическими посещениями.

16. В графе 2 указывается общее количество посещений врачей, сделанных сельскими жителями (из графы 1).

17. В графе 3 отмечается общее количество посещений врачей детьми возрастом 0-17 лет включительно (из графы 1).

18. В графе 4 указывается общее количество посещений детей возрастом 0-17 лет включительно, сельских жителей (из графы 3).

19. К профилактическим посещениям, которые отмечены в графах 1-4, включаются посещения по поводу индивидуальных и массовых профилактических медицинских осмотров, наркологических профилактических осмотров, профилактических прививок; посещения за соответствующими медицинскими справками перед устройством на работу, учебу, в дома отдыха; посещения, которые сделаны контингентом лиц с факторами риска, находящихся на диспансерном наблюдении; посещение беременных при нормальном ходе беременности, посещения женщин, которые обратились за направлением на аборт, по поводу контрацепции; посещения лиц, старше 40 лет, которые обратились за подбором очков и т. д.

20. В случае, когда у пациента, который обратился по поводу профилактического медицинского осмотра, обнаружено заболевание, то сведения о нем следует отмечать, кроме граф 1-4, в графах 5-8.

21. В графах 5-8 отмечается количество посещений врачей по поводу заболеваний (из графы 1) соответственно по возрастным группам: в графе 5 - взрослого населения - 18 лет и старше, из них в графе 6 - количество посещений взрослого населения, сельских жителей; в графе 7 - количество посещений по поводу заболеваний детей возрастом 0-17 лет включительно, из них в графе 8 - количество посещений детей возрастом 0-17 лет включительно, сельских жителей.

22. К посещениям по поводу заболеваний (графы 1-8) относятся также посещения больных, которые обратились по поводу закрытия листка нетрудоспособности, получения после болезни справки о разрешении на посещение дошкольного/общеобразовательного учебного учреждения; посещения больных, которые находятся под диспансерным наблюдением по поводу заболеваний (включительно в период ремиссии); посещение больными специалистов в порядке консультаций по рекомендациям лечащего врача при направлении на медико-социальную экспертную комиссию; посещение при заполнении санаторно-курортной карты и тому подобное независимо от того, обнаруживает определенный специалист патологию, или нет.

К посещениям по поводу заболеваний включаются также посещения по поводу патологии беременности, аборт; направлений на аборт по медицинским показаниям, посещения после искусственного аборта; посещения по поводу аномалии рефракции и аккомодации (кроме обращений по поводу пресбиопии лиц в возрасте от 40 лет и старше), аномалии языка и слуха указываются в графах 1-4 и в графах 5-8.

23. В графу 9 включается общее количество посещений больных, выполненных врачами на дому, – всего (взрослых в возрасте 18 лет и старше, детей в возрасте 0-17 лет включительно).

24. В графе 10 указывается количество посещений врачами сельских жителей на дому – всего (из графы 9).

25. В графе 11 (из графы 9) отмечается количество посещений детей в возрасте 0-17 лет включительно на дому по поводу заболеваний.

26. В графе 12 указываются посещения детей в возрасте 0-17 лет включительно по поводу заболеваний сельских жителей (из графы 11).

27. В графе 13 отмечается количество профилактических и патронажных посещений на дому детей в возрасте 0-17 лет включительно (из графы 9).

28. В графе 14 отмечается количество профилактических и патронажных посещений на дому детей в возрасте 0-17 лет включительно, сельских жителей (из графы 13).

29. Форма № 039/у используется при составлении таблиц отчетной формы № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20__ год».

30. В случае ведения формы № 039/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

31. Срок хранения формы № 039/у – 1 год после отчетного периода.

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) заведения здравоохранения, в котором заполняется форма Код	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	
	Форма первичной учетной документации № 066/y УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2	

Карта больного, выбывшего из стационара № _____	
1. Код пациента _____	
2. Страховой полис серия _____ № _____ Выдан кем _____ Код территории _____	
3. Вид оплаты: ОМС–1; бюджет–2; платные услуги–3, в т.ч. ДМС–4; другое–5 <input type="checkbox"/>	
4. Дата госпитализации <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, месяц, год) <input type="text"/> (часов) <input type="text"/> (минут) Номер медицинской карты стационарного больного _____	
5. Фамилия, имя, отчество больного _____	
6. Пол: муж.–1; жен.–2 <input type="checkbox"/>	
7. Дата рождения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, месяц, год)	
8. Возраст (полных лет) _____ 9. Житель: городской–1, сельский–2 <input type="checkbox"/> 10. Работает: да–1, нет–2 <input type="checkbox"/>	
11. Место работы (должность) _____	
12. Место жительства: _____	
13. Социальный статус: дошкольник–1; учащийся–2; студент–3; рабочий–4; служащий–5; пенсионер–6; домохозяйка–7; военнослужащий–8; член семьи военнослужащего–9; БОМЖ–10; прочие–11; <input type="checkbox"/>	
14. Имеет льготы да–1; нет–2; <input type="checkbox"/>	
15. Категория льгот: инвалид ВОВ–1; участник ВОВ–2; воин интернационалист–3; лицо подвергшееся радиационному облучению–4; в т.ч. в Чернобыле–5; ребенок-инвалид–6; инвалид с детства–10; прочие–11 <input type="checkbox"/>	
16. Группа инвалидности: инв. I гр.–1; инв. II гр.–2; инв. III гр.–3 <input type="checkbox"/>	
17. Кем направлен (учр. здрав.) _____ № напр. _____ Дата: _____	
18. Кем доставлен _____ Код _____ № наряда _____	
19. Диагноз направившего учреждения _____	
20. Отделение госпитализации _____	
21. Доставлен в состоянии опьянения: алкогольного–1; наркотического–2 <input type="checkbox"/>	
22. Профиль коек _____	
23. Госпитализация: экстренная–1; плановая–2 <input type="checkbox"/>	
24. Сроки госпитализации (до 6 часов–1; 7-24 часа–2; позже 24 часов–3) <input type="checkbox"/>	
25. Госпитализация по поводу данного заболевания в текущем году: впервые–1, повторно–2 <input type="checkbox"/>	
26. Травма: производственная: промышленная–1; с/хоз.–2; строит.–3; транспортная–4, в т.ч. ДТП–5; прочие–6; непроизводственная: бытовая–7; уличная–8; транспортная–9, в т.ч. ДТП–10; школьная–11; спортивная–12; противоправная–13; прочие–14 <input type="checkbox"/>	
27. Результат лечения: выписан(а) с выздоровлением–1, улучшением–2, ухудшением–3, без изменений–4; умер(ла)–5; переведен(а) в другое лечебное заведение–6; здоровый(а)–7 (подчеркнуть) <input type="checkbox"/>	
28. Дата выписки, (смерти): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (число, месяц, год) <input type="text"/> (время)	
29. Проведено койко-дней _____	

30. Движение пациента по отделениям:

№	Код отделения	Профиль коек	Код врача	Дата поступления	Дата выписки, перевода <***>	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стандарта <*>	Код прерванного случая <*>	Вид оплаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									

<*> Заполняется при использовании в системе оплаты

<***> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах

31. Диагноз стационара (при выписке)

	Основное заболевание	Код МКБ	Осложнения	Код МКБ	Сопутствующие заболевания	Код МКБ
Клинический заключительный						
Патологоанатомический						

32. В случае смерти (из пункта 11 врачебного свидетельства о смерти № _____) указать основную причину, код по МКБ

 I. а) _____
(непосредственная причина смерти)

 б) _____

 в) _____

 г) _____

приблизительное время
между началом заболевания и
смертью

(б, в, г - заболевания и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; основная причина смерти указывается в последнюю очередь).

В случае смерти женщины во время беременности или после родов, в период до одного года указать неделю беременности _____ день послеродового периода _____, недель после родов _____

33. Хирургические операции

Дата, час	Код хирурга	Код отделения	Операция		Осложнение		Анестезия <*>	Использование спец. аппаратуры			Вид оплаты
			Наименование	Код	Наименование	Код		энд.	лазер	криог.	
1	2	3	4	5	6	7	8 общ.-1 местн.-2	9	10	11	13

34. Обследование на RW

 (число, месяц, год)

онкологический профилактический осмотр

 (число, месяц, год)

на ВИЧ-инфекцию

 (число, месяц, год)

флюорографический профилактический осмотр

 (число, месяц, год)

35. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации – 1; недостаточный объем клинико-лабораторного обследования – 2; неправильная тактика лечения – 3; несовпадение диагноза – 4; отсутствие динамического наблюдения – 5

☐

Лечащий врач

(фамилия, имя, отчество)

подпись

Заведующий отделением

(фамилия, имя, отчество)

подпись

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики


В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

ИНСТРУКЦИЯ

по заполнению формы первичной учетной документации № 066/у «Карта больного, выбывшего из стационара № _____»

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной статистической учетной документации № 066/у «Карта больного, выбывшего из стационара №____» (далее – форма № 066/у).

2. Форма № 066/у составляется на основании форм первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» (далее – форма № 003/у), № 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности» (далее – форма № 003-1/у), № 096/у «История родов» (далее - форма № 096/у), № 097/у «Карта развития новорожденного» (далее – форма № 097/у), и является документом, содержащим сведения о больном (выписанном или умершем), который выбыл из стационара.

3. В форме № 066/у обязательно заполняются все пункты. Исключением являются пункт 32, заполняющийся в случае смерти госпитализированного лица, пункты 2 - страховой полис, 3 – вид оплаты и графы 8, 9, 10 пункта 30 – движение пациента по отделениям заполняются после введения в Донецкой Народной Республике системы обязательного медицинского страхования.

4. п.1 Код пациента – это идентификационный номер пациента или иной код, принятый в ЛПУ.

5. п.2. Страховой полис. Если вид оплаты – медицинское страхование, то записываются реквизиты страхового полиса и страховщика (страховая компания, территориальный фонд ОМС, филиал ТФОМС) с обязательным указанием кода территории, на которой располагается страховщик по действующему классификатору.

6. п.3. Вид оплаты: ОМС – 1, бюджет – 2, платные услуги – 3, в т.ч. ДМС – 4, другое – 5, подчеркивается или обводится в кружок соответствующий реквизит.

7. п.13. Социальный статус отмечается путем обведения в кружок соответствующей позиции и внесения цифры в соответствующую ячейку.

8. п.15. Категория льгот. Заполняется для пациентов, относящихся к категории населения, имеющей право на льготное обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения: отмечается соответствующая позиция.

9. Пункты 1-8 формы № 066/у заполняются медицинской сестрой приемного отделения одновременно с заполнением формы № 003/у, или № 003-1/у, или № 096/у, после чего форма № 066/у вкладывается в одну из отмеченных выше форм и хранится в отделении до выписки больного из стационара или смерти больного.

Форма № 066/у на новорожденного заполняется в родильном отделении больницы одновременно с картой развития новорожденного - учетной формой № 097/у (на всех новорожденных, родившихся больными, заболевших, или умерших).

10. Форма № 066/у заполняется лечащим врачом одновременно с записью эпикриза в первичной учетной документации, указанной в пункте 2 этой Инструкции, на всех больных, которые выбыли из стационара (выписанных или умерших), в том числе и на родильниц, которые выписаны после нормальных родов.

11. В форме № 066/у указываются название отделения госпитализации (пункт 20), экстренность госпитализации (пункт 23), сроки госпитализации (пункт 24), результат лечения (пункт 27). Кроме того, в пункте 25 отмечаются сведения относительно того, была госпитализация по поводу данного заболевания в данном году впервые, или повторно.

12. В пункте 28 отмечается дата выписки больного из стационара, а в случае его смерти – дата смерти.

13. При переводе больного из одного отделения в другое этой же больницы форма № 066/у заполняется в отделении, из которого больной выбыл.

14. В форме № 066/у на больных, которые находились в стационаре по поводу травм и отравлений, должна быть сделана пометка (пункт 26) относительно вида травмы: производственная, бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная и тому подобное.

15. При наличии у больного побочного действия лекарственного средства лечащий врач отмечает это в пункте 31 формы № 066/у проявление побочного действия как «основной диагноз», или «осложнения», или «сопутствующие заболевания» и подчеркивает их красным цветом.

В таких случаях лечащим врачом или медицинским статистиком проводится двойная кодировка данного пункта согласно Международной статистической классификации болезней и родственных проблем здравоохранения Десятого пересмотра (далее – МКБ-10): кодируются основной диагноз и осложнение: диапазон рубрик A00-R95, T80.5.6, T88.2, T88.6 и другие, в том числе рубрик Y40 - Y59. В тех случаях, когда в форме № 066/у отмечено несколько диагнозов заболеваний, в форме отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 __ год,» заполняется таблица 3220 «Состав больных в стационаре, сроки и результат лечения (количество)», данные о больном будут отмечаться по тому заболеванию, которое было основной причиной госпитализации. Данные о сроках и результате лечения больных, которые переведены в другие стационары, не отмечаются в таблице 3220 «Состав больных в стационаре, сроки и результат лечения (количество)» формы № 20; вносятся в таблицу 3221 формы № 20.

16. В пункте 32 «В случае смерти больного» производится запись согласно пункту 11 врачебного свидетельства о смерти (форма первичной учетной документации № 106/у «Врачебное свидетельство о смерти», в котором указываются патологические состояния, которые привели к непосредственной причине смерти, и другие существенные состояния, способствовавшие смерти.

17. В пункте 33 хирургические операции вносятся в хронологическом порядке, проставляется код операции согласно классификатору оперативных вмешательств (на основании этих данных заполняются таблицы 3500 «Хирургическая работа стационара», 3501, 3502 и 3600 «Экстренная хирургическая помощь больным, которые выбыли из стационара за отчетный период» формы № 20).

18. При заполнении пункта 34 отмечаются лишь данные об обследовании, которые были проведены во время лечения больного в данном стационаре.

19. В пункте 35 дефекты догоспитального этапа отмечаются путем внесения в клеточку соответствующей цифры.

20. В форме № 066/у обязательно указывают фамилию, имя и отчество лечащего врача (разборчиво) и его подпись.

21. В случае ведения формы № 066/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

22. Срок хранения формы № 066/у – 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</p> <p>_____</p> <p>Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>Код</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</p> <p>Форма первичной учетной документации</p> <p>№ 069/y</p> <p>УТВЕРЖДЕНО</p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td></td></tr></table>	1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2	
1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2												

<p>ЖУРНАЛ записи амбулаторных операций</p> <p>Начат « ____ » _____ 20 ____ года</p> <p>Окончен» ____ » _____ 20 ____ года</p>	
---	--

--

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 069/у «Журнал записи амбулаторных операций»

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 069/у «Журнал записи амбулаторных операций» (далее – форма № 069/у).
2. Форма № 069/у заполняется врачами хирургического профиля учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, и хранится в операционной.
3. В форме № 069/у регистрируются все хирургические вмешательства (в том числе операции на челюстно-лицевой области и ротовой полости), которые проведены в амбулаторно-поликлиническом учреждении.
4. В графах 1 и 2 указываются порядковый номер и дата проведения операции.
5. В графе 3 отмечаются фамилия, имя и отчество больного.
6. В графе 4 указывается возраст больного, а для детей до 1-го года - число месяцев, дней.
7. В графе 5 указывается местожительство больного по паспорту (в случае, если больным является ребенок, отмечается местожительство его родителей или других законных представителей).
8. В графе 6 указывается диагноз, который явился причиной амбулаторной операции.
9. В графе 7 отмечаются метод обезболивания, с указанием названия, дозы и пути введения анестетика.
10. В графе 8 коротко отмечается ход проведения операции.
11. В графе 9 указываются фамилия и подпись врача, который проводил операцию, и фамилия младшего специалиста с медицинским образованием.
12. Форма № 069/у должна быть прошита, пронумерована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.
13. Форма № 069/у является основанием для заполнения формы отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20__ год» (таблица 2800 «Хирургическая работа амбулаторно-поликлинического учреждения»).
14. Оперативные вмешательства врачей-стоматологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях также отмечаются в форме № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)».
15. В случае ведения формы № 069/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.
16. Срок хранения формы № 069/у – 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

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 Код		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
		Форма первичной учетной документации № 074/у УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 1 2 0 3 2 0 1 5 № 3 1 2

ЖУРНАЛ**регистрации амбулаторных больных**

за _____ г.

Начат «____» _____ 20__ года

Окончен «____» _____ 20__ года

[illegible]

В.В Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

**Инструкция
по заполнению формы первичной учетной документации
№ 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных» (далее – форма № 074/у).

2. Форма № 074/у ведется в амбулаторно-поликлинических учреждениях: фельдшерско-акушерских пунктах, травмпунктах и приемных отделениях учреждений здравоохранения, которые оказывают стационарную помощь.

3. Форма № 074/у используется также в учреждениях здравоохранения первичного уровня оказания медицинской помощи для учета врачебных посещений.

4. В графах 1, 2 указываются номер по порядку записи, число, месяц.

5. В графе 3 журнала делается отметка: первичный или повторный больной.

6. В графах 4-7 журнала отмечаются паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество, возраст, местожительство по паспорту, место работы).

7. В графе 8 формы № 074/у отмечается диагноз, в графе 9 - назначенное лечение и подпись врача или младшего специалиста с медицинским образованием.

8. В графе 10 «Примечание» формы № 074/у делается отметка об осмотре пациента врачом, о выданной справке, ее номере и тому подобное. В случае травмы в данной графе необходимо указать вид травмы. В журнале должны фиксироваться также цитологические исследования женщин, направления больных на госпитализацию, направления на консультацию к врачам, которые оказывают вторичную и третичную медицинскую помощь.

9. Данные формы № 074/у о числе посещений используются при заполнении формы № 039/у «Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации, дома», и формы № 039-1/у «Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу».

10. В случае ведения формы № 074/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

11. Срок хранения формы 074/у - 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения		МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ													
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма		Форма первичной учетной документации № 090/у													
		УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики													
Код		1	2	0	3	2	0	1	5	№	3	1	2		

ИЗВЕЩЕНИЕ о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования																
										«	«	20	года			
										(дата заполнения)						
Местонахождение учреждения, куда направлено извещение										(наименование учреждения здравоохранения)						
1. Фамилия, имя, отчество больного																
2. Пол: мужской – 1. женский – 2										3. Дата рождения						
										(число, месяц, год)						
4. Место жительства (почтовый адрес) больного										(страна, республика, область, район, населенный пункт, улица, д. №, кв. №)						
										5. Житель: города – 1, села - 2						
6. Профессия																
7. Группа первичного учета для пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС: ликвидаторы - 1; эвакуированы - 2; население, проживающее на территории радиоэкологического контроля - 3; дети, родившиеся от родителей 1-3 групп первичного учета - 4																
8. Диагноз										(уточненный, с обозначением локализации первичной опухоли и отдаленных метастазов)						
9. Морфологический тип опухоли																
9.1. Стадия опухолевого процесса по системе TNM: Т_____ N_____ M_____ ; стадия: (I, II, III, IV) _____																
10. Диагноз подтвержден: гистологически - 1, цитологически - 2, рентгенологически - 3, эндоскопически - 4, радиоизотопным методом - 5, клиническим - 6, эксплоративная операция – 7, другим - 8																
11. Дата установления диагноза										(число, месяц, год)						
12. Обстоятельства обнаружения заболевания: при обращении - 1, в смотровом кабинете - 2, при других видах профосмотра - 3, посмертно (без вскрытия) - 4, посмертно (на вскрытии) - 5																
13. Наименование и местонахождение учреждения, куда направлен больной										(наименование учреждения здравоохранения)						
14. Дата отправки извещения «_____» «_____» 200_г.																
Фамилия, имя, отчество и номер телефона врача, который заполнил извещение										(подпись)						

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 12.03.2015 № 312

**Инструкция
по заполнению формы первичной учетной документации №090/у
«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом
злокачественного новообразования»**

Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (далее – Извещение).

Настоящая инструкция обязательна для медицинских учреждений всех ведомств и различных форм собственности, в том числе для: амбулаторно-поликлинических учреждений (включая стоматологические), больниц, лечебно-диагностических центров, научно-практических центров, госпиталей, клиник, медико-санитарных частей, родильных домов, научно-исследовательских учреждений, диспансеров, прозектур, патологоморфологических отделений (лабораторий, бюро), бюро судмедэкспертизы и т.д. (далее – учреждения).

Извещение составляется врачами лечебно-профилактических учреждений общей и специальной сети, в которых больному впервые был установлен диагноз злокачественного новообразования. Извещение заполняется на всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, в том числе:

- на больных, самостоятельно обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью;
- на больных, выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;
- на больных, выявленных при медицинском освидетельствовании;
- на больных, выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в том числе, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;
- на больных, диагноз злокачественного новообразования которым был установлен при вскрытии;
- на больных, диагноз злокачественного новообразования которым был установлен после смерти. Информация о случае установления диагноза злокачественного новообразования после смерти больного может быть также получена при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований по данным бюро ЗАГС и статистических управлений с данными онкологических учреждений;
- на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

Извещение не заполняется на больных с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование, на больных с предопухолевыми заболеваниями и больных доброкачественными опухолями.

Извещение должно быть заполнено в день установления указанного диагноза. Извещение должно быть выслано в трехдневный срок с момента заполнения в онкологическое учреждение территориального уровня (онкокабинет,

онкодиспансер) по месту постоянного жительства (постоянной регистрации) больного или в Республиканский онкологический центр.

Руководители городских и сельских лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети, медицинских учреждений ведомственного подчинения, медицинских учреждений республиканского подчинения обязаны обеспечить контроль своевременности и качества заполнения Извещений и отправку Извещений в трехдневный срок после их составления в соответствующие территориальные онкологические учреждения. Случаи незаполнения врачами Извещений при установлении диагноза злокачественного новообразования и недостаточного контроля руководителей медицинских учреждений за качеством заполнения Извещений, своевременностью их заполнения и отправки рассматриваются как серьезные нарушения ими функциональных обязанностей и врачебного долга.

Руководители территориальных онкологических учреждений, руководители диспансерных онкологических отделений и кабинетов обязаны обеспечить контроль качества, полноты и своевременности заполнения поступающих в руководимые ими учреждения Извещений. При нарушении правил заполнения и отправки Извещений лечебно-профилактическим учреждением руководитель территориального онкологического учреждения, диспансерного онкологического отделения или онкологического кабинета должен поставить об этом в известность главного врача указанного лечебно - профилактического учреждения.

Онкологические учреждения осуществляют изъятие дубликатов Извещений, уточнение и верификацию информации, внесенной в Извещения. Стадия опухолевого процесса у больных со злокачественными новообразованиями может быть уточнена с учетом данных, полученных во время хирургического вмешательства, если оно произведено не позднее, чем через два месяца после установления диагноза.

Извещение является сигнальным документом, на основании которого данные о больном вносятся в базу данных территориального популяционного ракового регистра, в «Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием» (ф. N 030-6/у), за больным устанавливается диспансерное наблюдение.

Название и адрес медицинского учреждения, в котором заполнено Извещение, вносится полностью, без сокращений.

Название медицинского учреждения, в которое направлено Извещение, вносится полностью, без сокращений. Если Извещение составлено в онкологическом диспансере и никуда не направляется, в этом пункте указывается «Извещение заполнено в онкологическом диспансере».

1. Фамилия, имя, отчество больного вписываются в Извещение полностью, без сокращений, в транскрипции, соответствующей паспорту.

2. Пол больного кодируется внесением знака «V» в соответствующий квадрат.

3. Дата рождения: обязательно – день, месяц, год рождения. Недопустимо указание лишь возраста на момент установления диагноза или лишь года рождения больного.

4. Данные о домашнем адресе больного включают полностью, без сокращений заполненные пункты: наименование республики, города, района, населенного пункта; улицы; номер дома; номер квартиры; пятизначный почтовый индекс; номер домашнего телефона. Вносятся сведения, касающиеся постоянного места жительства (постоянной регистрации) больного, а не места его временного проживания. Названия городов и районов должны соответствовать установленному перечню административно-территориального деления ДНР.

5. В пункте 5 в соответствующем квадрате отмечается, является больной жителем городской или сельской местности. Больных, проживающих в поселках городского типа, следует относить к городским жителям.

6. В пункте 6 указывается профессия, которая преобладала на протяжении трудовой деятельности больного. Если больной к моменту заполнения Извещения находится на пенсии, следует указать его прежний основной вид занятий. Недопустимы записи типа «пенсионер», «инвалид» и неуточненные записи, например: «рабочий» (без указания отрасли промышленности), «служащий» (без указания сферы профессиональной деятельности и конкретной специальности) и т.п.

7. Пункт 7 заполняется для пострадавших от последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции в соответствии с группой первичного учета на основании удостоверения потерпевшего: 1 - ликвидатор, 2 - эвакуирован, 3 - житель, проживающий на территории радиоэкологического контроля, 4 - ребенок, который родился от родителей 1-3 групп первичного учета.

8. В пункте 8 указывается уточненный диагноз заболевания и точная локализация опухоли в соответствии с Международной статистической классификацией болезней десятого пересмотра (далее – МКБ-10). Необходимо точно описать локализацию опухоли в органе, степень ее распространенности (прорастание в соседние органы, метастазирование в регионарные лимфоузлы, формы роста). Кроме того, в конце пункта указывается цифровой 4-х значный код заболевания в соответствии с МКБ-10.

9. В пункте 9 указывается морфологический тип опухоли с указанием глубины инвазии, степени злокачественности. Должен быть внесен подробный морфологический диагноз злокачественного новообразования, дата и номер исследования. Крайне нежелательны неуточненные записи типа «рак», «лейкоз» и т.д. Морфологические диагнозы должны соответствовать номенклатуре МКБ-10.

В пункте 9.1. указывается стадия опухолевого процесса по системе TNM с указанием индексов TNM и соответствующая группировка по стадиям.

10. В пункте 10 указываются методы, с помощью которых был подтвержден диагноз: гистологический, цитологический, рентгенологический, эндоскопический, радиоизотопный, клинический, эксплоративная операции, другие.

11. В пункте 11 указываются число, месяц, год, когда больному впервые был установлен диагноз данного злокачественного новообразования.

12. В пункте 12 указываются обстоятельства выявления заболевания: при обращении (обратился самостоятельно, при неотложной помощи и т.д.), обнаружен на профосмотре, в том числе в смотровом кабинете, обнаружен посмертно (без вскрытия или на вскрытии).

13. В пункте 13 указывается, в какое медицинское учреждение направлен больной для дальнейшего обследования и лечения. Название учреждения указывается полностью, без сокращений.

14. В пункте 14 указываются число, месяц, год заполнения Извещения.

В конце Извещения должны быть разборчиво указаны имя, отчество, фамилия и телефон врача, заполнившего Извещение, и поставлена его подпись.

15. В случае ведения формы № 090/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

16. Срок хранения Извещений не менее трех лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Обследование проведено _____
(число, месяц, год)

Флюорография	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Туберкулиновые пробы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Маммография	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ЭКГ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Цитологические исследования мазков	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обследование в смотровом кабинете	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Микрореакция с кардиолипидным антигеном	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Реакция Вассермана	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Исследование мазков на гонококки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Анализ крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Анализ мочи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие исследования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Группа здоровья : _____

Подпись врача _____

Впервые обнаруженные при диспансеризации заболевания и факторы риска
_____ г. _____

Записи в карте могут быть использованы только непосредственно в лечебно-профилактическом учреждении при планировании и организации диспансеризации и составлении отчетов установленной формы.

Урологом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другими специалистами	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 131/у «Карта учета диспансеризации»

«Карта учета диспансеризации» (далее – форма №131/у) является основным документом для:

1. Учета контингентов населения, которые подлежат периодическим медицинским осмотрам:

а) подростков 15-17 лет включительно, прикрепленных для медицинского обслуживания;

б) рабочих промышленных предприятий, сельского хозяйства, работников пищевых, коммунальных, детских, лечебно-профилактических учреждений, водителей, учеников общеобразовательных школ, учащихся системы профтехобразования, студентов учебных учреждений разных уровней аккредитации (в возрасте 15-17 лет) и прочих.

2. Для учета проведения осмотров диспансерных контингентов.

Форма № 131/у включает паспортную часть, медицинский раздел для учета проведенных врачами специалистами осмотров, лабораторно-инструментальных исследований и регистрации заболеваний и факторов риска, которые выявлены впервые при проведении диспансеризации.

Паспортная часть заполняется на контингенты, которые прикреплены к данному учреждению для прохождения диспансеризации (периодического медицинского осмотра).

Форма № 131/у ведется в учреждениях I уровня оказания медицинской помощи – ЦПМСП.

Формы № 131/у хранятся в картотеке. В ЦПМСП, в которых амбулатории расположены на одной территории, формируется единая централизованная картотека по участковому принципу. В таком случае формы № 131/у распределяются на две основные группы:

а) лица, которые обслуживаются данным ЦПМСП по месту жительства;

б) лица, которые прикреплены для медицинского обслуживания по месту работы или учебы.

В ЦПМСП, амбулатории которых расположены на значительном расстоянии друг от друга, картотеки организуются в каждой амбулатории.

При наличии в составе ЦПМСП цеховых участков, подростковых кабинетов, на такие контингенты заводятся отдельные картотеки.

На педиатрических участках формы № 131/у распределяются на две группы: детей, которые обслуживаются по месту жительства, и детей, которые прикреплены для обслуживания по месту учебы, воспитания (школы, дома ребенка, интернаты).

Сведения о пациентах, которые прикреплены для диспансерного обслуживания к врачам специалистам в учреждения второго и третьего уровня оказания медицинской помощи, передаются медицинскому персоналу ЦПМСП для внесения в карту диспансеризации по территориальному принципу.

В пункт 3 - «Дата рождения» вписывается число, месяц и год рождения.

В пункт 5 - «Место работы» записывается полное название предприятия, учреждения, учебного или дошкольного учреждения, где работает или учится данное лицо. Здесь же отмечаются инвалиды и участники ВОВ. Для неработающих (пенсионеров, иждивенцев или прочих лиц) записывается «не работает». Для детей, которые не посещают детские учреждения отмечается «дошкольное учреждение не посещает».

В пункте 6 - «Профессия, должность» для работающих записывается наименование занятия (должности): «водитель»; «заведующий поликлиникой» и тому подобное.

В пункте 7.1 - записывается наименование и номер врачебного участка : терапевтический, педиатрический, цеховой, номер или структурное подразделение учреждения, которое обслуживает прикрепленные контингенты населения.

В пункте 7.2 записывается наименование профессиональной вредности или работа (в коммунальном, детском, лечебно-профилактическом учреждении). Данный пункт заполняется на всех лиц, которые подлежат периодическим медицинским осмотрам в данном учреждении, независимо от того, проживает ли данное лицо на территории обслуживания данного ЦПМСП (амбулатории) или нет, обслуживается в ней по цеховому принципу или нет. Если лицо прикреплено для диспансеризации в другом ЦПМСП, тогда в пункте 8 отмечается наименование данного ЦПМСП.

В отдельных случаях записи в пункте 5 (место работы), пункте 6 (профессия, должность) и пункте 8 (наименование, ведомство) могут быть отмечены отметкой в пункте 8 «Прикреплена для диспансеризации в учреждении по месту работы».

В медицинской части формы № 131/у в соответствующих клеточках отмечается год проведения диспансеризации. Например

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

Дальше вписываются месяцы проведения медицинского осмотра, в том числе и периодического по плану.

Если в течение одного года планируется два и больше медицинских осмотров, то используются две и больше графы, а год проставляют один и тот же.

В пунктах, которые предназначены для записей врачей-специалистов, которые участвуют в проведении осмотров и лабораторно-инструментальных исследований, записывается состав специалистов и лабораторно-инструментальных исследований, который является обязательным для декретированных контингентов. В отведенном месте заполняется число и месяц проведенного осмотра.

Например, дата 1 апреля записывается

0	4	0	1
---	---	---	---

Сведения об участии в периодических осмотрах стоматологов стоматологических учреждений и дерматовенерологов кожно-венерологических диспансеров вносятся в «Карту учета диспансеризации» на основании «Выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного» (форма № 027/у). Аналогично поступают и в случае, когда врачебные осмотры или отдельные виды лабораторно-инструментальных исследований проведены в условиях стационара. Данные об осмотрах врачами специализированных учреждений II и III уровня включаются на основании формы № 025/у.

Сведения о результатах проведения осмотров и лабораторно-инструментальных исследований взрослого населения, подростков и детей в обязательном порядке

записываются в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма № 025/у), «Историю развития ребенка» (форма № 112/у), «Медицинскую карту ребенка» (форма № 026/у).

Если при проведении диспансеризации (периодического осмотра) в течение календарного года не был проведен осмотр врачом одной из необходимых специальностей или не проведены отдельные виды исследований, то в соответствующих строках за данный год указывается причина, по которой это не было сделано, а периодический осмотр считается незавершенным.

Профилактически осмотренными с целью выявления туберкулеза считаются лица в возрасте 14 лет и старше, обследованные флюорографически или рентгенологически; для детей в возрасте от 0 до 14 лет основным методом выявления туберкулеза является туберкулинодиагностика.

Осмотренными с целью выявления сифилиса считаются лица, которые обследованы с использованием микрореакции с кардиолипидным антигеном или реакции Вассермана.

В строках «Впервые выявленные при диспансеризации заболевания и факторы риска» вписываются диагнозы и факторы риска, которые выявлены впервые при проведении профилактического осмотра. Здесь же вписывается группа здоровья и указывается подпись врача, который отвечает за проведение периодического медицинского осмотра данного лица.

Картотеки ведутся персоналом ЦПМСП.

В случае ведения формы № 131/у в электронном формате, в нее должна быть включена все информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

Срок хранения – 5 лет.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой