

# НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

### ПРИКАЗ

от «19» 08 2015 года

г. Донецк

№ 012.1/285



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

В соответствии с пунктами 7.15, 11, 13 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 № 003-3/у «Предоперационный осмотр анестезиологом и протокол анестезии» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.2. Форму первичной учетной документации № 003-3-1/у – краткая «Предоперационный осмотр анестезиологом и протокол анестезии» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.3. Форму первичной учетной документации № 003-3-2/у «Протокол катетеризации крупных сосудов» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.4. Форму первичной учетной документации № 025-2/у «Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.5. Форму первичной учетной документации № 025-4/у «Талон на прием к врачу» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.6. Форму первичной учетной документации № 025-5/у «Талон амбулаторного пациента при оказании консультативной помощи» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.7. Форму первичной учетной документации № 037/у «Лист ежедневного учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.8. Форму первичной учетной документации № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.9. Форму первичной учетной документации № 039-3/у «Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.10. Форму первичной учетной документации № 039-4/у «Дневник учета работы врача-стоматолога-ортопеда» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.11. Форму первичной учетной документации № 043/у «Медицинская карта стоматологического больного № \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ год» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.12. Форму первичной учетной документации № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.13. Форму первичной учетной документации № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.14. Форму первичной учетной документации № 061/у «Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.15. Форму первичной учетной документации № 065/у «Медицинская карта № \_\_\_\_\_ больного венерическим заболеванием» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.16. Форму первичной учетной документации № 065-1/у «Медицинская карта № \_\_\_\_\_ больного грибковым заболеванием» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

- 1.17. Форму первичной учетной документации № 069-1/у «Журнал записи инвазивных манипуляций» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.18. Форму первичной учетной документации № 072/у «Санаторно-курортная карта № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.19. Форму первичной учетной документации № 088/у «Направление на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.20. Форму первичной учетной документации № 089/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.21. Форму первичной учетной документации № 089-1/у «Извещение о случае заболевания сифилисом, гонококковой, хламидийной инфекцией, урогенитальным микоплазмозом и трихомониазом» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.22. Форму первичной учетной документации № 089-2/у «Извещение о зарегистрированном случае активного туберкулеза (ТБ)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.23. Форму первичной учетной документации № 100/у «Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной (подчеркнуть) судебно-психиатрической экспертизы № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.24. Форму первичной учетной документации № 101/у «Акт психиатрического осмотра осужденного № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.25. Форму первичной учетной документации № 109/у «Карточка вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.26. Форму первичной учетной документации № 110/у «Карта выезда скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.27. Форму первичной учетной документации № 114/у «Сопроводительный листок № \_\_\_\_\_. Талон к сопроводительному листку № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.28. Форму первичной учетной документации № 115-1/у «Дневник работы станции скорой медицинской помощи» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.
- 1.29. Форму первичной учетной документации № 116/у «Рапорт № \_\_\_\_ по оказанию выездной консультативной экстренной медицинской помощи» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.30. Форму первичной учетной документации № 117/у «Журнал регистрации приема вызовов и их исполнение» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.31. Форму первичной учетной документации № 149/у «Регистрационная генетическая карта» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.32. Форму первичной учетной документации № 257/у «Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового (автоклава)» 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. Главному специалисту юридического сектора Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (Лопушанскому М.В.) обеспечить представление данного приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его государственной регистрации.

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

5. Установить ответственность руководителей органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики за организацию работы по надлежащему использованию в практической деятельности утвержденных учетных форм и инструкций по их заполнению.

6. В случае наличия в учреждениях здравоохранения учетных форм старого образца разрешить их использование до 01.12.2015г. при условии обязательного внесения всех сведений, предусмотренных в учетных формах, утвержденных данным приказом.

7. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

8. Приказ вступает в силу с момента опубликования.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

|  |            |  |   |   |      |  |
|--|------------|--|---|---|------|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения  |            | <p>Медицинская документация<br/>Форма первичной учетной документации<br/>N 003-3/у<br/>УТВЕРЖДЕНО<br/>Приказ МЗ<br/>Донецкой Народной Республики<br/>11.09.10   8.12.10   5.11.12   11.12.15</p> |   |   |      |  |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма   |            |  |   |   |      |  |
| Идентификационный код  |            |  |   |   |      |  |
|  |            |  |   |   |      |  |
|  |            |  |   |   |      |  |
| ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГОМ от  |            | число  | месяц   | год   | часы | минуты   |
| Ф.И.О. пациента, возраст   |            |  |   | Мед. карта стац. больного №   |      |  |
| Диагноз  |            | Планируемое вмешательство  |   |   |      |  |
| АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ   |            |  |   |   |      |  |
| Анамнез заболевания, ЭТА, анестезиологический, хирургический анамнезы  |            |  |   |   |      |  |
| <p>курение <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет    алкоголь <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет    наркомания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет    кортикостероиды <input type="checkbox"/> да (доза) <input type="checkbox"/> нет</p> |            |  |   |   |      |  |
| Аллергологический анамнез  |            |  |   |   |      |  |
| Гемотранфузионный анамнез  |            | эр.масса <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет  | компоненты <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет | реакция <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет                                  |      |  |
| ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ   |            |  |   |   |      |  |
| АД   |            | ЖАЛОБЫ   |   |   |      |  |
| ЧСС  | ЧД         | Нервно-психический статус  |   |   |      |  |
| уд в мин.  | раз в мин. |  |   |   |      |  |
| Штанге   | Сообразе   | Особенности проведенной подготовки/ особенности догоспитального этапа  |   |   |      |  |
| Общее состояние  |            | Строение тела  |   | Кожа  |      | mallampati   |
| <input type="checkbox"/> удовлетворительное  |            | <input type="checkbox"/> нормостеничное  |   | <input type="checkbox"/> обычной окраски  |      | <input type="checkbox"/> I кл  |
| <input type="checkbox"/> средней тяжести   |            | <input type="checkbox"/> астеничное  |   | <input type="checkbox"/> цианоз   |      | <input type="checkbox"/> II кл   |
| <input type="checkbox"/> тяжелое   |            | <input type="checkbox"/> гиперстеничное  |   | <input type="checkbox"/> акроцианоз   |      | <input type="checkbox"/> III кл  |
| <input type="checkbox"/> крайне-тяжелое  |            | Масса  | Рост  | Тромбоопасность   |      | Ожирение   |
|  |            | кг   | см  | <input type="checkbox"/> низкая <input type="checkbox"/> средняя <input type="checkbox"/> высокая |      | <input type="checkbox"/> I ст <input type="checkbox"/> II ст             |
|  |            |  |   | <input type="checkbox"/> очень высокая  |      | <input type="checkbox"/> III ст <input type="checkbox"/> IV ст           |
| носовое дыхание  |            | язык   |   | ЭКГ   |      |  |
| <input type="checkbox"/> свободное <input type="checkbox"/> затруднено   |            | <input type="checkbox"/> влажный <input type="checkbox"/> сухой  |   | <input type="checkbox"/> обложен налетом  |      |  |
| аускультативно над легкими   |            | слизистые  |   | тоны  |      | пульс  |
| <input type="checkbox"/> везикулярное  |            | <input type="checkbox"/> розовые <input type="checkbox"/> бледные <input type="checkbox"/> иктеричные  |   | <input type="checkbox"/> звучные <input type="checkbox"/> шум                                     |      | <input type="checkbox"/> мягкий <input type="checkbox"/> не определяется |
| <input type="checkbox"/> жесткое   |            | печень   |   | <input type="checkbox"/> глухие   |      | <input type="checkbox"/> напряжен  |
| особенности аускультативной картины  |            | <input type="checkbox"/> см из-под р/д   |   | <input type="checkbox"/> отеки  |      | характер аритмии   |
|  |            | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет   |   | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет  |      |  |
| хрипы  |            | живот  |   | мочеиспускание  |      | стул   |
| <input type="checkbox"/> сухие <input type="checkbox"/> влажные <input type="checkbox"/> проводные   |            | <input type="checkbox"/> болезненный   |   | <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> стома                                     |      | <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> диарея           |
|  |            | <input type="checkbox"/> мягкий <input type="checkbox"/> б/болезненный   |   | <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> стома                                     |      | <input type="checkbox"/> запор <input type="checkbox"/> стома            |
|  |            | <input type="checkbox"/> вздут <input type="checkbox"/> перистальтика  |   | <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> стома                                     |      |  |
|  |            | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> вялая  |   | <input type="checkbox"/> задержка   |      |  |
| ВЫВОДЫ   |            |  |   |   |      |  |
| вид анестезии  |            | способ транспортировки   |   | тромбопрофилактика  |      |  |
| <input type="checkbox"/> ТВВА  |            | <input type="checkbox"/> лежа <input type="checkbox"/> сидя <input type="checkbox"/> пешком  |   |   |      |  |
| <input type="checkbox"/> Ингаляционная   |            | Объем и сроки предоперационной подготовки  |   |   |      |  |
| <input type="checkbox"/> Регионарная   |            |  |   |   |      |  |
| <input type="checkbox"/> Комбинированная   |            |  |   |   |      |  |
| <input type="checkbox"/> ИВЛ <input type="checkbox"/> Без ИВЛ  |            |  |   |   |      |  |
| риск по Гологорскому   |            | Дополнительные методы обследования   |   | консультации  |      |  |
| <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V   |            |  |   |   |      |  |
|  |            | Премедикация   |   |   |      |  |
| <input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> Г <input type="checkbox"/> Д   |            |  |   |   |      |  |
|  |            |  |   | Врач анестезиолог   |      |  |



[illegible]

|   |                                   |                             |   |  |     |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|---|--|-----|--|
| ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИИ №  |                                   | от                          |   |  |     |  |
| Хирург  |                                   | Ассистенты                  |   | длительность операции<br>час      мин  |     |  |
| Анестезиолог  |                                   | Медсестра-анестезист        |   | длительность анестезии<br>час      мин |     |  |
| Предоперационная подготовка   |                                   | Положение на столе          |   |  |     |  |
| о эффективна  | о литотомическое заднее           | о на животе                 | о на спине                                | о литотомическое переднее              |     |  |
| о не эффективна   | о Тренделенбурга                  | о Фовлера                   | о сидя                                    | о на боку                              |     |  |
| Индукция в анестезию  |                                   | ИВЛ                         | контур                                    |  |     |  |
| Преоксигенация  | быстрая последовательная индукция | Режим                       | о реверсивный                             |  |     |  |
| о да      о нет   | о да      о нет                   | ДО, мл                      | о неревверсивный                          |  |     |  |
| размещение головы   | тампонада ротоглотки              | МОД, л                      | о маятниковый                             |  |     |  |
|   |                                   | ПДКВ                        | о открытый                                |  |     |  |
|   |                                   | FiO <sub>2</sub>            | о полуоткрытый                            |  |     |  |
| манжета   | о да      о нет                   | анестетик                   | о полужакрытый                            |  |     |  |
| Интубация трубкой №   | С _____ попытки                   | об%                         | о закрытый                                |  |     |  |
| Установка ларингомаски №  | Длительность _____ сек            |                             |   |  |     |  |
| базис-анестезия   |                                   |                             | пробуждение                               |  |     |  |
| течение   | гемодинамика                      | пульс                       | рефлексы                                  |  |     |  |
| о нормальное  | о стабильная                      | о ритмичный                 | о не восстановились      о восстановились |  |     |  |
| о осложненное   | о нестабильная                    | о аритмичный                | о частично                                |  |     |  |
| сознание  |                                   | постнаркозная депрессия ЦНС |   | спонтанное дыхание                     |     |  |
| о ясное   | о отсутствует                     | о да      о нет             |   | о адекватное                           |     |  |
| о частично  | о элементарный контакт            |                             |   | о неадекватное                         |     |  |
| о да      о нет   | о да      о нет                   | наблюдение принял           |   | час                                    | мин |  |
| суммарно за период анестезиологического пособия   |                                   |                             |   |  |     |  |
| Инфузия   | диурез                            | трансфузия                  |   | Группа                                 | Rh  |  |
|   |                                   | эр.масса                    | компоненты                                |  |     |  |
| ПРИ НЕСТАНДАРТНОМ ТЕЧЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО СДЕЛАТЬ ЗАПИСЬ<br>в медицинской карте стац. больного № _____  |                                   |                             |   |  |     |  |
| протокол пункции/катетеризации ЭП   |                                   |                             | протокол стандартного течения анестезии   |  |     |  |
| дата  |                                   |                             |   |  |     |  |
| В положении сидя/лежа, под местной анестезией<br><br>раствором _____ % _____ мл<br>на уровне _____ иглой G/Gr _____<br>выполнена пункция _____ пространства<br>_____ катетеризировано на _____ см.<br>тест-доза _____ мл, _____ анестетик, %<br>нагрузочная доза _____ мл, анестетик, %<br>инфузия _____ мл/ч, зона сенсорного блока _____<br>характер блока _____<br>врач анестезиолог _____ |                                   |                             | врач анестезиолог _____                   |  |     |  |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 003-3/у "Предоперационный осмотр анестезиологом и протокол анестезии "**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-3/у "Предоперационный осмотр анестезиологом и протокол анестезии" (далее - форма № 003-3/у).

2. Форма № 003-3/у является одним из основных документов отделений хирургического профиля в учреждениях здравоохранения, которые оказывают стационарную хирургическую помощь населению.

3. Форма №003-3/у содержит данные о предоперационном осмотре анестезиологом (страница первая), лист и протокол анестезии (страницы вторая, третья).

3.1. На первой странице формы №003-3/у предоперационный осмотр анестезиологом заполняется врачом-анестезиологом за 24-48 часов до назначенного оперативного вмешательства и содержит информацию о фамилии, имени и отчестве больного, его возрасте, данных анамнеза жизни, заболевания, аллергологическом анамнезе, наличии вредных привычек, постоянном приеме некоторых медикаментов.

3.2. Объективное состояние включает в себя отражение функций органов и систем больного, данные лабораторных и вспомогательных методов исследований.

3.3. Выводы содержат рекомендации по подготовке больного к операции, премедикации, назначенному обезболиванию и степени операционного риска по Гологорскому.

4. На второй, третьей страницах заполняются соответственно лист анестезии и протокол анестезии, которые включают сведения о ходе наркоза, особенностях оказания анестезиологической помощи и рекомендации анестезиолога по дальнейшему интенсивному наблюдению за больным.

5. Форма №003-3/у подписывается врачом-анестезиологом.

6. В случае ведения формы № 003-3/у в электронном формате она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.

7. Форма №003-3/у после ее заполнения клеивается в медицинскую карту стационарного больного № \_\_\_\_ (форма № 003-3/у) и хранится в течение 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



|   |  |   |       |   |      |   |
|---|--|---|-------|---|------|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения |  | <p>Медицинская документация<br/>Форма первичной учетной документации<br/>№ 003-3-1/у краткая<br/>УТВЕРЖДЕНО<br/>Приказ МЗ<br/>Донецкой Народной Республики<br/>19.08.2015 № 012.1/285</p> |       |   |      |   |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма  |  |   |       |   |      |   |
| Идентификационный код   |  |   |       |   |      |   |
|   |  |   |       |   |      |   |
|   |  |   |       |   |      |   |
| ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГОМ от   |  | число   | месяц | год   | часы | минуты  |
| Ф.И.О. пациента, возраст  |  |   |       | Мед. карта стац. больного №   |      |   |
| Диагноз   |  | Планируемое вмешательство   |       |   |      |   |
| АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ  |  |   |       |   |      |   |
| Анамнез заболевания, ЭТА, анестезиологический, хирургический анамнезы   |  |   |       |   |      |   |
| курение <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет  |  | алкоголь <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет   |       | наркомания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |      | кортикостероиды <input type="checkbox"/> да (доза) <input type="checkbox"/> нет |
| Аллергологический анамнез   |  |   |       |   |      |   |
| Гемотрансфузионный анамнез  |  | эр.масса <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет   |       | компоненты <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |      | реакция <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет                |
| ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ  |  |   |       |   |      |   |
| АД  |  | ЖАЛОБЫ  |       |   |      |   |
| ЧСС   |  | Нервно-психический статус   |       |   |      |   |
| ЧД  |  |   |       |   |      |   |
| Штанге  |  | Сообразе  |       |   |      |   |
| Общее состояние   |  | Строение тела   |       | Кожа  |      | mallampati  |
| о удовлетворительное  |  | о нормостеничное  |       | о обычной окраски   |      | о I кл  |
| о средней тяжести   |  | о астеничное  |       | о цианоз  |      | о II кл   |
| о тяжелое   |  | о гиперстеничное  |       | о акроцианоз  |      | о III кл  |
| о крайне-тяжелое  |  | Масса   |       | Тромбоопасность   |      | о IV кл   |
|   |  | Рост  |       | о низкая  |      | о I ст  |
|   |  | кг  |       | о средняя   |      | о II ст   |
|   |  | см  |       | о высокая   |      | о III ст  |
|   |  |   |       | о очень высокая   |      | о IV ст   |
| носовое дыхание   |  | язык  |       | ЭКГ   |      |   |
| о свободное   |  | о влажный   |       |   |      |   |
| о затруднено  |  | о сухой   |       | о обложен налетом   |      |   |
| аускультативно над легкими  |  | слизистые   |       | тоны  |      | пульс   |
| о везикулярное  |  | о розовые   |       | о звучные   |      | о мягкий  |
| о жесткое   |  | о бледные   |       | о шум   |      | о не определяется   |
| особенности аускультативной картины   |  | печень  |       | о глухие  |      | о напряжен  |
|   |  | см из-под р/д   |       | отеки   |      | характер аритмии  |
|   |  | о да  |       | о нет   |      |   |
| хрипы   |  | живот   |       | мочеиспускание  |      | стул  |
| о сухие   |  | о болезненный   |       | о норма   |      | о норма   |
| о влажные   |  | о б/болезненный   |       | о стома   |      | о диарея  |
| о проводные   |  | о вздут   |       | о задержка  |      | о запор   |
|   |  | о перистальтика   |       |   |      | о стома   |
|   |  | о да  |       |   |      |   |
|   |  | о нет   |       |   |      |   |
|   |  | о вялая   |       |   |      |   |
| ВЫВОДЫ  |  |   |       |   |      |   |
| вид анестезии   |  | способ транспортировки  |       | тромбопрофилактика  |      |   |
| о ТВВА  |  | о лежа  |       |   |      |   |
| о Ингаляционная   |  | о сидя  |       |   |      |   |
| о Регионарная   |  | о пешком  |       |   |      |   |
| о Комбинированная   |  | Объем и сроки предоперационной подготовки   |       |   |      |   |
| о ИВЛ   |  |   |       |   |      |   |
| о Без ИВЛ   |  |   |       |   |      |   |
| риск по Гологорскому  |  | Дополнительные методы обследования  |       | консультации  |      |   |
| о I о II о III о IV о V   |  |   |       |   |      |   |
|   |  | Премедикация  |       |   |      |   |
| о А о Б о В о Г о Д   |  |   |       |   |      |   |
| Течение анестезии:  |  |   |       |   |      |   |
|   |  |   |       |   |      |   |
| Врач анестезиолог   |  |   |       |   |      |   |

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 003-3-1/у –**  
**краткая "Предоперационный осмотр анестезиологом и протокол анестезии "**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-3-1/у – краткая «Предоперационный осмотр анестезиологом и протокол анестезии» (далее - форма № 003-3-1/у - краткая).

2. Форма № 003-3-1/у – краткая заполняется в случаях течения анестезии по времени, не превышающем 45-90 минут.

3. Форма №003-3-1/у - краткая содержит данные о предоперационном осмотре анестезиологом (страница первая), лист анестезии (страница вторая).

3.1. На первой странице формы №003-3-1/у - краткая предоперационный осмотр анестезиологом заполняется врачом-анестезиологом за 24-48 часов до назначенного оперативного вмешательства и содержит информацию о фамилии, имени и отчестве больного, его возрасте, данных анамнеза жизни, заболевания, аллергологическом анамнезе, наличии вредных привычек, постоянном приеме некоторых медикаментов.

3.2. Объективное состояние включает в себя отражение функций органов и систем больного, данные лабораторных и вспомогательных методов исследований.

3.3. Выводы содержат рекомендации по подготовке больного к операции, премедикации, назначенному обезболиванию и степени операционного риска по Гологорскому.

4. На второй странице заполняется лист анестезии, который включает сведения о ходе наркоза, особенностях оказания анестезиологической помощи и рекомендации анестезиолога по дальнейшему интенсивному наблюдению за больным.

5. Форма №003-3-1/у – краткая подписывается врачом-анестезиологом.

6. В случае ведения формы № 003-3-1/у - краткая в электронном формате она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.

7. Форма №003-3-1/у - краткая после ее заполнения вклеивается в медицинскую карту стационарного больного № \_\_\_\_\_ (форма № 003/у) и хранится в ней в течение 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

Наименование министерства, другого органа исполнительной  
власти, производства, учреждения, организации, к сфере  
управления которого относится учреждение здравоохранения

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

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 003-3-2/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

1 9 0 8 2 0 1 5 № 012.1/285

**ПРОТОКОЛ КАТЕТЕРИЗАЦИИ КРУПНЫХ СОСУДОВ**

Ф.И.О. больного

Мед. карта стац. больного №

Дата манипуляции

Наименование манипуляции: пункция и катетеризация  
по Сельдингеру

Хирург:

Ассистенты:

Диагноз до манипуляции:

Анестезиолог

Диагноз после манипуляции:

Операционная м/с

**ОПИСАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

После обработки операционного поля раствором \_\_\_\_\_, местной анестезии \_\_\_\_\_  
(вписать) (вписать)

выполнена пункция и катетеризация по Сельдингеру \_\_\_\_\_

(название сосуда)

Наложена асептическая повязка \_\_\_\_\_

Осложнения: есть/нет (подчеркнуть), если есть, описать какие \_\_\_\_\_

Достигнута цель манипуляции – обеспечен фиксированный венозный доступ.

Подпись анестезиолога \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 003-3-2/у "Протокол катетеризации крупных сосудов "**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-3-2/у "Протокол катетеризации крупных сосудов" (далее - форма № 003-3-2/у).
2. Форма № 003-3-2/у заполняется медицинскими работниками учреждений здравоохранения при проведении катетеризации крупных сосудов.
3. Форма №003-3-2/у содержит паспортные данные больного (Ф.И.О.), наименование манипуляций, диагноз до и после проведения манипуляции.
4. В форме №003-3-2/у указывается дата проведения манипуляции, фамилия и инициалы (разборчиво) врачей, проводивших манипуляцию.
5. В разделе «Описание манипуляции» кратко описывается процедура катетеризации.
6. Форма №003-3-2/у подписывается врачом-анестезиологом.
7. В случае ведения формы № 003-3-2/у в электронном формате она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.
8. Форма №003-3-2/у после ее заполнения клеивается в медицинскую карту стационарного больного № \_\_\_\_ (форма № 003/у) и хранится в ней в течение 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой





7.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 зоны радиоэкологического контроля, - 7; дети, которые родились от родителей 1, 2, 3 категорий, которые отнесены к лицам, пострадавшим в результате аварии на Чернобыльской АЭС, из зоны отчуждения, а также отселены из зон безусловного (обязательного) и гарантированного добровольного отселения - 8; другие льготные категории – 9.

☐

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением - 1; при профилактическом осмотре - 2

☐

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

(фамилия, подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 025-2/у  
«Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов»**

1. Данная инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 025-2/у «Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (далее – форма № 025-2/у).

2. Форма № 025-2/у заполняется в стоматологических поликлиниках, отделениях (кабинетах) вместо формы первичной учетной документации № 025-6/у «Талон амбулаторного пациента» в случае выявления заболеваний слизистой оболочки рта и губ.

3. Форма № 025-2/у заполняется лечащим врачом или младшим специалистом с медицинским образованием по указанию врача на основании записей в форме № 043/у «Медицинская карта стоматологического больного № \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ г.».

4. В пунктах 1-4 формы 025-2/у отмечаются паспортные данные больного: фамилия, имя, отчество, возраст, для детей до 1 года – (месяцев, дней), пол, местожительство согласно паспортным данным, в случае, если это ребенок – отмечается местожительство его родителей или других законных представителей.

5. В пункте 5 отмечается заключительный (уточненный) диагноз, который кодируется лечащим врачом согласно рубрикам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

6. На хронические заболевания, зарегистрированные в предыдущие годы, форма № 025-2/у заполняется при первом обращении больного в данном году со знаком «минус».

7. Пункт 6 заполняется в случае, когда в пункт 5 вместо ранее зарегистрированного диагноза, выставляется новый диагноз.

8. В пункте 7 указывается к каким контингентам относится пациент.

9. В пункте 8 отмечаются заболевания, которые выявлены при обращении за лечением – 1, при профилактическом осмотре – 2.

10. На основании формы № 025-2/у заполняется форма годовой статистической отчетности № 12 «Отчет о количестве заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания учреждения здравоохранения за 20 \_\_\_\_ год».

11. Форма № 025-2/у подписывается лечащим врачом, указывается дата ее заполнения.

12. В случае ведения формы № 025-2/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

13. Срок хранения формы № 025-2/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br>_____<br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес учреждения здравоохранения, где заполняется форма<br>_____<br>Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |   |   |   |   |   |   |   |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b><br><br>Форма первичной учетной документации<br><br><b>№ 025-4/y</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <b>012.1/285</b> | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1   | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>ТАЛОН</b><br><b>на прием к врачу</b>   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Номер медицинской карты № _____ стоматологического больного <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. Фамилия, имя, отчество больного _____  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. Место проживания _____   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3. Номер кабинета _____   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4. Явиться _____ в _____ часов _____ минут.<br>(число, месяц, год)  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5. К врачу (фамилия) _____  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6. Дети (в возрасте 0–14 лет включительно), дети (в возрасте 15–17 лет включительно), взрослые (от 18 лет и старше) (нужное подчеркнуть)  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7. Обращение по поводу: заболевания, профилактического осмотра, других причин, первичное, повторное<br>(нужное подчеркнуть, другое дописать)  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| « _____ » _____ 20 ____ года  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Лечащий врач _____<br>(фамилия, подпись)  |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации  
№ 025-4/у «Талон на прием к врачу»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 025-4/у «Талон на прием к врачу» (далее – форма № 025-4/у).

2. Форма № 025-4/у является документом учреждения здравоохранения, которое оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь населению и позволяет правильно формировать очередь приема пациентов.

3. В форме № 025-4/у на титульной стороне указывается: номер медицинской карты № \_\_\_\_\_ стоматологического больного.

4. В пунктах 1, 2 формы указываются фамилия, имя, отчество больного и его место проживания согласно паспортным данным, в случае, если пациентом является ребенок – указывается место проживания его родителей или других законных представителей.

5. В пунктах 3, 4 указываются номер кабинета и время посещения врача (число, месяц, год, часы, минуты).

6. В пункте 5 указывается фамилия врача, на прием к которому записывается пациент.

7. Пункты 1–5 заполняются медицинским регистратором.

8. В пункте 6 путем подчеркивания отражается возрастная группа больного (дети в возрасте 0–14 лет включительно, дети в возрасте 15–17 лет включительно, взрослые от 18 лет и старше).

9. В пункте 7 указываются причина обращения к врачу (заболевание, профилактический осмотр, прививки, за справкой, другое) и первичное или повторное обращение.

10. Пункты 6, 7 заполняет врач или медицинская сестра, которая работает вместе с врачом на амбулаторном приеме.

11. Правильность заполнения формы № 025-4/у подтверждается подписью врача.

12. В случае ведения формы № 025-4/у в электронном формате она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.

13. Срок хранения формы № 025-4/у – 1 год.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

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

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

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
№ **025-5/у**

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 № **012.1/285**

**ТАЛОН**

**амбулаторного пациента при оказании консультативной помощи**

**1. Врач**

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

кабинет № \_\_\_\_\_

**2. Специальность**

\_\_\_\_\_

код

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

**3. Пациент**

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

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

№ амб. карты

**4. Дата рождения**

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

число

месяц

год

**5. Пол:** муж. - 1; жен. - 2

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

**6. Работает:** да - 1; нет - 2

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

**7. Адрес**

\_\_\_\_\_

**7.1. Житель:** города - 1; села - 2

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

**8. Контингенты:**

инвалиды войны - 1

участники боевых действий - 2

участники войны - 3

другие инвалиды - 4

ликвидаторы аварии на ЧАЭС - 5

эвакуированные - 6

проживающие на территории радиоэкр. контроля - 7

призывник - 8

медработник - 9

другие категории - 10

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

**9. Кем направлен больной:**

ЦРБ - 1

ЦГБ - 2

городская больница - 3

городская детская больница - 4

ЦПМСП - 5

городская поликлиника - 6

республиканские учреждения - 7

РВК, - 8

диспансеры городов и районов - 9

прикрепленные контингенты - 10

другие - 11

без направления - 12

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

**10. Случай обслуживания:** первичный - 1, повторный - 2 ☐

**11. Цель обращения**

лечебно-диагностическая - 1                      МСЭК - 5  
 консультативная - 2                                на экспертизу - 6  
 диспансерное наблюдение - 3                    другая - 7 ☐  
 профосмотр - 4

**12. Диагноз направившего учреждения:**

(основной)

код по МКБ-10

**13. Диагноз после консультации:**

(основной)

код по МКБ-10

**14. Результат консультации**

выдано консультативное заключение - 1                      заполнен акт для военкомата - 5  
 госпитализирован в данное республиканское              повторная явка - 6  
 учреждение здравоохранения - 2  
 направлен в другие    другие - 7 ☐  
 республиканские учреждения - 3  
 направлен в клинику, НИИ - 4

**15. Дефекты (замечания) при направлении:**

0 - непрофильный    08 - без осмотра гинекологом  
 00 - без дефектов    09 - без осмотров смежными специалистами  
 01 - без сведений о прививках (для детей)                      10 - без КТ, МРТ  
 02 - неполностью указаны или отсутствуют                      11 - без общего анализа крови  
 необходимые данные  
 03 - без флюорографии    12 - без общего анализа мочи  
 04 - без ЭКГ    13 - без биохимического анализа  
 05 - без рентгенограмм    14 - нетранспортабельный  
 06 - без УЗ-исследования    15 - другие дефекты ☐  
 07 - без эндоскоп. исследования

**16. Проведены дополнительные специальные исследования:**

функциональные - 1  
 ЭКГ - 2  
 томографические - 3  
 лабораторные - 4  
 рентгенологические - 5  
 другие - 6 ☐

**17. Дополнительные консультации**

профессора - 1  
 доцента - 2  
 зав. отделением - 3 ☐  
 смежными специалистами - 4

Дата

|       |       |     |  |  |  |  |
|-------|-------|-----|--|--|--|--|
|       |       |     |  |  |  |  |
| число | месяц | год |  |  |  |  |

Подпись врача

\_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
 Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 025-5/у  
«Талон амбулаторного пациента при оказании консультативной помощи»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 025-5/у «Талон амбулаторного пациента при оказании консультативной помощи» (далее – форма № 025-5/у), который может использоваться в республиканских учреждениях здравоохранения (третичного уровня), для анализа оказанной консультативной помощи.

2. Пункты 1-8 формы № 025-5/у – паспортная часть заполняются в день обращения пациента в учреждение здравоохранения в регистратуре (медрегистратором), при внутриаппликарной консультации – в кабинете врача-специалиста (медсестрой, врачом).

3. На лицевой стороне формы № 025-5/у указывается фамилия, имя, отчество больного, фамилия врача-консультанта и его код, кем направлен больной; к какой льготной категории относится.

4. Пункты 9-14 заполняются врачом при проведении консультативного приема.

5. В пункте 15 отмечаются дефекты (замечания), допущенные учреждением здравоохранения, которое направило больного на консультацию.

6. В пунктах 16, 17 указываются проведенные в учреждениях здравоохранения (третичного уровня) дополнительные специальные исследования и консультации.

7. Повторные посещения врача в течение одного дня после обследования, консультаций смежных специалистов и т.д. в том же кабинете учитываются как одно посещение.

8. Форма № 025-5/у подписывается врачом, консультировавшим пациента.

9. После окончания рабочего дня форма № 025-5/у сдается в кабинет медицинской статистики оргметодотдела для дальнейшей обработки и проведения анализа.



10. С учетом специфики республиканских учреждений здравоохранения (третичного уровня), оказывающих консультативную помощь, в форму № 025-5/у могут вноситься необходимые дополнения для более детального анализа оказания консультативной помощи.

11. Форма № 025-5/у является основанием для заполнения формы первичной учетной документации № 039/у «Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), ЦПМСП, диспансере, консультации, на дому».

12. В случае ведения формы № 025-5/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

13. Срок хранения формы № 025-5/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой Народной  
Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br>_____<br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма<br>_____<br>Идентификационный код <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> |   |   |   |   |   |   |   |   |           | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
| Форма первичной учетной документации<br><b>№ 037/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td> <td>№</td> <td>012.1/285</td> </tr> </table>   |   |   |   |   |   |   |   |   |           | 1                               | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285 |
| 1  | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285 |                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |           |

**ежедневного учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)**

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

(фамилия, имя, отчество врача)

[illegible]

[illegible]

Фактически отработано по графику:

часов

МИНУТ

Подпись врача \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 037/у «Лист ежедневного учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 037/у «Лист ежедневного учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)» (далее – форма № 037/у).

2. Форму № 037/у заполняют ежедневно врачи-стоматологи и зубные врачи, ведущие амбулаторный терапевтический, хирургический и смешанный приемы в учреждениях здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь взрослым, подросткам и детям.

3. Форма № 037/у используется для учета работы, проводимой врачами-стоматологами и зубными врачами за один рабочий день приема.

4. В графе 1 указывается порядковый номер пациента, обратившегося за стоматологической помощью, или здорового пациента (по поводу консультации, профилактического осмотра). Данная графа используется для учета общего числа принятых пациентов за рабочий день.

5. В графе 2 записывается время приема (часы и минуты), на которое назначено посещение врача пациентом, или время приема пациента, направленного из регистратуры или смотрового кабинета. Данная графа используется для планирования времени работы врача, для распределения нагрузки с учетом объема осуществляемых лечебно-профилактических мероприятий.

6. В графе 3 указываются фамилия, имя, отчество пациента.

7. В графе 4 указывается количество полных лет.

8. В графе 5 цифрами «1» или «2» указывается номер посещения врача данным пациентом (первичное или повторное).

8.1. Первичным считается первое обращение за стоматологической помощью в отчетном году независимо от характера обращения. Первичное обращение обозначается цифрой 1, все последующие посещения – цифрой 2.

9. В графе 6 указывается номер формы первичной учетной документации № 043/у «Медицинская карта стоматологического больного № \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ год» данного пациента.

10. В графе 7 указывается место проживания пациента: житель города, села.

11. В графе 8 указываются группы населения, которые обозначаются соответствующими символами: декретированная группа – ДГ (дети 0-14 лет и 15-17 лет включительно, инвалиды, пенсионеры, участники боевых действий, инвалиды войны, участники войны, лица, пострадавшие в результате аварии на ЧАЭС), школьники – Ш; студенты – С; беременные – Б; рабочие промышленных предприятий – Р; лица допризывного возраста – ДПК.

12. Если данный пациент находится на диспансерном учете, дополнительно вписывается символ «Д».

13. В графе 9 указывается диагноз, по поводу которого пациент обратился к врачу. Допускается запись с сокращениями с применением условных обозначений и формулы зубов. При наличии различных диагнозов все они указываются в данной графе условными обозначениями.

14. В графе 10 указываются сведения о проведении комплексного лечения или его этапе. В этой графе врач сокращенно, но разборчиво вписывает фактически выполненный объем работы. Сокращение записи осуществляется с учетом наименований граф формы № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)»: запломбировано зубов по поводу кариеса (временных, постоянных), запломбировано зубов по поводу осложненного кариеса и тому подобное. В данной графе врач указывает все лечебно-профилактические мероприятия, проведенные им во время снятия зубных отложений, реминерализующую терапию и т.п., а также делает отметки «ранее санированные», «зубы интактные», «требуется санация». В случае неявки пациента на запланированное время врач в графе 10 делает отметку «не явился».

15. В графе 11 указывается вид обезболивания: в числителе – местное, в знаменателе – общее.

16. В графе 12 указывается количество санированных пациентов – всего в порядке плановой работы и по обращениям.

17. В графе 13 указывается количество санированных пациентов при плановой санации.

18. В графе 14 указывается количество отработанных УЕТ (согласно отраслевым медико-экономическим стандартам, классификатору процедур).



19. На основании данных формы №037/у заполняется форма № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)».

20. Контроль за правильностью заполнения формы № 037/у проводит руководитель структурного подразделения, которому непосредственно подчиняется врач.

21. В случае ведения формы № 037/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

22. Срок хранения формы № 037/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br><br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма<br><br>Идентификационный код |   | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | Форма первичной учетной документации<br><b>№ 039-2/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><table><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table><tr><td>012.1/285</td></tr></table> |   | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 |
| 1  | 9 | 0   | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |   |   |   |
| 012.1/285  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <div>ДНЕВНИК</div> <div>учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)</div> <div>«       »                   20       года</div> <div>_____<br/>(фамилия, имя, отчество врача)</div>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-2/у «Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)» (далее – форма № 039-2/у).

2. Форма № 039-2/у заполняется врачами-стоматологами стоматологических поликлиник, стоматологических отделений и кабинетов амбулаторий, поликлиник, больниц, диспансеров, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений III–IV уровней аккредитации, госпиталей для инвалидов войны, женских консультаций, врачебных здравпунктов, учреждений здравоохранения, которые оказывают стоматологическую помощь взрослому и детскому населению, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности.

3. Форма № 039-2/у заполняется врачом-стоматологом или зубным врачом, которые ведут амбулаторный терапевтический, хирургический, а также смешанный приемы в учреждениях здравоохранения, расположенных в городских и сельских населенных пунктах.

4. Форма № 039-2/у является основным учетным документом для получения сведений о работе врача-стоматолога за текущий месяц, об объеме лечебной и профилактической работы, которая проводится врачом на амбулаторном приеме.

5. Форма № 039-2/у заполняется на основании данных формы первичной учетной документации № 037/у «Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)».

6. На титульной стороне формы № 039-2/у указывается дата и фамилия, имя, отчество врача-стоматолога, учет работы которого отражается в этой форме.

7. В графе 1 указывается дата рабочего дня врача. На основании данных этой графы определяется количество рабочих дней, отработанных врачом за месяц.

8. В графе 2 указывается общее количество фактически отработанных часов по графику, которые в конце месяца переводятся в количество рабочих дней (по 5-дневной рабочей неделе) путем деления отработанных часов на 6,5 часов. В этой графе указываются часы, которые выделяются врачу-стоматологу для осуществления приема пациентов, включая профилактические стоматологические осмотры, консультации и т.д.

9. В графе 3 указывается общее количество посещений, осуществленных к врачу как больными, так и практически здоровыми пациентами, которые были осмотрены в порядке индивидуальных и массовых профилактических стоматологических осмотров и по поводу получения консультаций или по другим причинам.

10. В графе 4 указывается количество посещений – всего, осуществленных к врачу-стоматологу сельскими жителями.

11. В графе 5 в числителе указывается количество первичных посещений врача-стоматолога (всего), в том числе сельскими жителями – в знаменателе. Первичным посещением считается первое обращение пациента за стоматологической помощью в отчетном году независимо от характера обращения (консультация, осмотр, лечение и т.д.). Первичным посещением пациента может быть только одно посещение в год.

12. В графе 6 из общего количества первичных посещений врача-стоматолога выделяются посещения детьми в возрасте до 17 лет включительно.

13. Графа 7 заполняется в случае обращения больного за неотложной стоматологической помощью. Если больной лечится у врача в дальнейшем, то предоставление неотложной помощи считается началом лечения.

14. В графах 8-17 указывается количество пломб, которые поставлены пациенту по поводу кариеса и его осложнений как в постоянных, так и во временных зубах:

- в графе 8 указывается количество запломбированных зубов (всего), в том числе устранения дефектов ранее сделанных пломб, пломб по поводу клиноподобного дефекта, гипоплазии эмали и других заболеваний некариозного происхождения (например травма зуба);

- в графе 9 указывается количество запломбированных постоянных зубов по поводу кариеса – всего;
- в графе 10 указывается количество запломбированных постоянных зубов по поводу кариеса у детей в возрасте до 17 лет включительно (из графы 9);
- в графе 11 указывается количество запломбированных временных зубов у детей;
- в графе 12 указывается количество запломбированных постоянных зубов по поводу пульпита (всего);
- в графе 13 указывается количество запломбированных по поводу пульпита постоянных зубов у детей в возрасте до 17 лет включительно (из графы 12);
- в графе 14 указывается количество запломбированных постоянных зубов по поводу периодонтита – всего;
- в графе 15 указывается количество запломбированных по поводу периодонтита постоянных зубов у детей в возрасте до 17 лет включительно (из графы 14);
- в графе 16 указывается количество запломбированных временных зубов у детей по поводу пульпита (всего);
- в графе 17 указывается количество запломбированных временных зубов у детей по поводу периодонтита.

15. В графе 18 из количества зубов, вылеченных за одно посещение по поводу пульпита (графа 12+графа 16), выделяются зубы, вылеченные витальным хирургическим методом (под обезболиванием), – всего, даже если постоянная пломба не была поставлена на протяжении этого посещения.

16. В графе 19 из количества зубов, вылеченных за одно посещение по поводу пульпита (графа 12+графа 16) витальным хирургическим методом, указывается количество зубов, вылеченных у детей в возрасте до 17 лет включительно (из графы 18).

17. В графе 20 из количества зубов, вылеченных за одно посещение по поводу периодонтита (графа 14+графа 17), – всего, указывается количество зубов, каналы в которых запломбированы за одно посещение.

18. В графе 21 из количества зубов, вылеченных за одно посещение по поводу периодонтита (графа 14+графа 17), указывается количество зубов, вылеченных у детей в возрасте до 17 лет включительно (из графы 20).

19. В графе 22 указывается количество депульпированных зубов без поражения кариесом.

20. В графах 23-26 указывается количество поставленных пломб в зависимости от пломбировочных материалов (из графы 8):

- в графе 23 отмечается количество поставленных пломб, сделанных из цемента;
- в графе 24 указывается количество поставленных пломб, сделанных из амальгамы;
- в графе 25 указывается количество поставленных пломб, сделанных из химических композитов;
- в графе 26 указывается количество поставленных пломб из светополимеров.

21. В графе 27 указывается количество обезболиваний в зависимости от вида: в числителе – местное, в знаменателе – общее.

22. В графах 28-34 указывается объем врачебных вмешательств при лечении заболеваний пародонта.

Например: *больной А* – за одно посещение были сняты зубные отложения и проведена лечебная терапия.

Графа 28 – 1, графа 30 – 1, графа 31 – 1, графы 32–34 – прочерки.

*Больной Б* – были сняты зубные отложения, проведен кюретаж трех участков пародонта, медикаментозная терапия на протяжении 5 сеансов и временное шинирование нижних резцов.

Графа 28 – 1, графа 30 – 1, графа 31 – 5, графа 32 – 3, графа 34 – 1.

В графе 28 указывается количество больных – всего, которым проведен курс лечения по поводу заболеваний пародонта.

В графе 29 указывается количество детей в возрасте до 17 лет включительно, которым проведен курс лечения по поводу заболеваний пародонта (из графы 28).

В графе 30 указывается количество пролеченных пациентов с полным снятием зубных отложений.

В графе 31 указывается количество пациентов, которым проведен полный курс медикаментозного лечения.

В графе 32 указывается количество пациентов, которым проведено хирургическое лечение (кюретаж) по поводу заболеваний пародонта.

В графе 33 указывается количество пациентов, которым проведены лоскутная и другие операции по поводу заболеваний пародонта.

В графе 34 указывается количество пациентов, которым проведено временное шинирование зубов по поводу заболеваний пародонта.

23. В графе 35 указывается количество пациентов, которые получили полный курс лечения по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта – всего.

24. В графе 36 указывается количество детей в возрасте до 17 лет включительно, которые получили полный курс лечения по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта (из графы 35).



25. В графе 37 указывается количество удаленных зубов – всего.

26. В графе 38 указывается количество удаленных постоянных зубов у взрослых по поводу осложненного кариеса.

27. В графе 39 указывается количество удаленных постоянных зубов у взрослых по поводу пародонтита.

28. В графе 40 указывается количество удаленных постоянных зубов у детей в возрасте до 17 лет включительно по поводу осложненного кариеса.

29. В графе 41 указывается количество удаленных постоянных зубов у детей в возрасте до 17 лет включительно с ортодонтической целью.

30. В графе 42 указывается количество удаленных временных зубов у детей по поводу осложненного кариеса.

31. В графе 43 указывается количество удаленных временных зубов у детей в связи с физиологической сменой.

32. В графе 44 указывается количество проведенных амбулаторных операций (всего); данные этой графы равняются сумме граф 45+46+47+48.

33. В графах 45-48 указываются причины и количество оперативных вмешательств:

- в графе 45 указывается количество сделанных операций по поводу острых воспалительных процессов – всего;
- в графе 46 указывается количество сделанных операций по поводу опухолей и опухолеподобных образований;
- в графе 47 указывается количество сделанных операций по поводу зубных имплантов;
- в графе 48 указывается количество проведенных операций по поводу других заболеваний.

34. В графе 49 указывается количество больных, которые санированы в порядке плановой работы и по обращениям (всего).

35. В графе 50 указывается количество у детей в возрасте до 17 лет включительно, санированных в порядке плановой санации и по обращениям (из графы 49).

36. В графе 51 указывается количество взрослых пациентов, профилактически осмотренных в порядке плановой санации, из тех, которые обратились за предоставлением стоматологической помощи (из графы 5).

37. В графе 52 указывается количество взрослых пациентов, которые нуждались в санации, из тех, что осмотрены (из графы 51).

38. В графе 53 указывается количество санированных взрослых пациентов – всего.

39. В графах 54–56 отражается плановая санация у детей в возрасте до 17 лет включительно:

- в графе 54 отражается количество детей до 17 лет включительно, профилактически осмотренных врачом в порядке плановой санации, из тех, которые обратились за предоставлением стоматологической помощи (из графы 6).

Профилактически осмотренным считается пациент, которому проведен онкологический профилактический осмотр, осмотрены зубы, слизистая оболочка, мягкие ткани челюстно-лицевого отдела, состояние прикуса и составлен план лечения. Профилактически осмотренным, как и санированным, больной считается только один раз в год. Повторные осмотры в этих графах не фиксируются;

- в графе 55 указывается количество детей в возрасте до 17 лет включительно, которые нуждались в санации (лечении) из числа осмотренных (из графы 54);

- в графе 56 указывается количество санированных детей в возрасте до 17 лет включительно из тех, которые нуждались в лечении, независимо от того, за сколько посещений достигнута санация.

40. В графах 57–61 указываются проведенные пациенту профилактические мероприятия: гигиеническое обучение и воспитание, обучение уходу за полостью рта и контролю соблюдения гигиены полости рта; проведение мероприятий профессиональной гигиены; осуществление реминерализующей терапии; герметизация фиссур:

- в графе 57 указываются гигиеническое обучение и воспитание, которые включают рекомендации по выбору средств гигиены полости рта, гигиены питания, профилактики и коррекции вредных привычек;

- в графе 58 указываются данные по проведению индивидуального обучения уходу за полостью рта, обучение пользованию флоссами, интердентальными щетками и другими средствами гигиены, а также указываются рекомендации по уходу за ортодонтическими аппаратами, съемными протезами, брекет-системами, шинами, проведению контроля и коррекции усвоенных привычек гигиены полости рта;

- в графе 59 указываются данные по проведению профессиональной гигиенической чистки зубов, которая предусматривает удаление врачом-стоматологом мягких зубных отложений, зубного камня с дальнейшей полировкой поверхностей зубов, а также обучение пациентов рациональному применению средств и методов гигиены полости рта;

- в графе 60 отмечается обработка зубов минерализующими веществами: препаратами кальция, фтора, фторсодержащими лаками, гелями;
- в графе 61 указываются данные по герметизации фиссур (применяются герметики как химической полимеризации, так и световой).

41. В графе 62 указывается количество условных единиц трудоемкости (УЕТ), отработанных врачом за рабочий день, согласно классификатору процедур в терапевтической, хирургической стоматологии, стоматологии детского возраста. Эта графа заполняется по данным графы 14 формы № 037/у.

42. В конце каждого месяца в дневнике работы врача-стоматолога подсчитывается итог по всем графам.

43. Срок хранения формы № 039-2/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |  |  |                                 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|--|--|---------------------------------|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти ,<br>предприятия, организации, к сфере управления которого относится учреждение<br>здравоохранения<br><br>_____<br><br>Наименование и место нахождения (полный почтовый адрес) учреждения<br>здравоохранения где заполняется форма<br><br>_____<br><br>Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |   |   |   |   |   |   |   |   |           |  |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |  |  |                                 |
| Форма первичной учетной документации<br><b>№ 039-3/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><br><table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>012.1/285</td></tr></table>  | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | 012.1/285 |  |  |                                 |
| 1  | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |   |           |  |  |                                 |
| 012.1/285  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |  |  |                                 |

**Д Н Е В Н И К**  
**учета работы врача-стоматолога-ортодонта (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)**

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

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

[illegible]



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 039-3/у  
«Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта (стоматологической  
поликлиники, отделения, кабинета)»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 039-3/у «Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта» (далее – форма №039-3/у).

2. Форму № 039-3/у заполняется врачами-стоматологами-ортодонтами стоматологической поликлиники, отделения (кабинета), научно-исследовательских институтов, высших учебных учреждений III-IV уровней аккредитации, которые оказывают стоматологическую помощь населению, независимо от подчинения и формы собственности.

3. Форма № 039-3/у заполняется ежедневно врачом-стоматологом-ортодонтом на основании записи в «Листе ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортодонта» (форма № 037-2/у) и предназначена для получения данных за рабочий день и в сумме за месяц работы.

4. В графе 1 указывается дата (число, месяц) рабочего дня врача. На основании данных этой графы определяется количество рабочих дней, отработанных врачом за текущий месяц.

5. В графе 2 указывается количество фактически отработанных часов по графику. При несоответствии количества отработанных часов графику указывается причина такого несоответствия.

6. В графе 3 указывается общее количество посещений как больными, так и практически здоровыми пациентами, осмотренными в порядке индивидуальных и массовых профилактических осмотров.

7. В графе 4 указывается количество первичных посещений врача-ортодонта – всего (в числителе), в том числе сельскими жителями (в знаменателе), и в графе 5 – в том числе количество детей в возрасте до 17 лет включительно.

8. В графах 6-9 указывается количество всех пациентов, взятых на аппаратурное лечение: в графе 6 – с аномалиями прикуса; в графе 7 – с аномалиями отдельных зубов и зубных рядов; в графе 8 – с дефектами зубных рядов и зубов, с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); в графе 9 – с врожденными недостатками.

9. В графе 10 указывается количество пациентов, взятых на профилактические мероприятия.

10. В графе 11 указывается количество пациентов, взятых на диспансерный учет. В графах 12-24 обозначается объем выполненных работ.

11. В графах 17-22 указывается количество сданных ортодонтических аппаратов: внутриротовых – графы 17-19 (в графе 17 обозначаются съемные аппараты механического действия, в графе 18 – несъемные аппараты механического действия; в графе 19 – функциональные аппараты), внеротовые – графа 20; профилактические – графа 21, ретенционные – графа 22.

12. В графах 23,24 указывается количество несъемных (23) и съемных (24) протезов.

13. В графах 25-31 указывается количество пациентов, которые закончили лечение: в графе 25 указывается общее количество таких пациентов; в графе 26 – дети в возрасте до 17 лет включительно; в графах 27-29 – количество пациентов с аномалиями зубных рядов (в графе 27 – сагитальной, в графе 28 – трансверзальной, в графе 29 – вертикальной; в графе 30 – с аномалиями отдельных зубов и зубных рядов); в графе 31 – количество пациентов с дефектами зубных рядов, заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. В графе 32 указывается количество пациентов, снятых с диспансерного учета.

14. В графах 33-36 указывается диспансеризация и профилактическая работа: в графе 33 – количество осмотренных детей в возрасте до 17 лет включительно; из числа осмотренных: в графе 34 – пациенты, которые имели зубочелюстные аномалии и факторы риска; в графе 35 – пациенты, которые явились на ортодонтическое лечение; в графе 36 – проведенные лечебно-профилактические мероприятия пациентам.

15. В графе 37 указывается количество условных единиц трудоемкости (УЕТ), отработанных врачом за рабочий день.



16. Форма № 039-3/у должна быть подписана врачом, у которого больной находится под диспансерным наблюдением. Проставляется дата ее заполнения.

17. В случае ведения формы № 039-3/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

18. Срок хранения формы № 039-3/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br>_____<br>_____<br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма<br>_____<br>_____<br>Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |   |
| Форма первичной учетной документации<br><b>№ 039-4/y</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>.</td><td>1</td><td>/</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td></tr></table>  | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | 0 | 1 | 2                               | . | 1 | / | 2 | 8 | 5 |
| 1  | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |   |
| 0  | 1 | 2 | . | 1 | / | 2 | 8 | 5 |   |   |                                 |   |   |   |   |   |   |
| <div><b>Д Н Е В Н И К</b><br/><b>учета работы врача-стоматолога-ортопеда</b><br/><br/>за _____ месяц 20 _____ года _____<br/><div>(фамилия, имя, отчество)</div></div>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |   |

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО:**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы учетной медицинской документации № 039-4/у**  
**«Дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы учетной медицинской документации № 039-4/у «Дневник учета работы врача-стоматолога-ортопеда» (далее – форма № 039-4/у).

2. Форма № 039-4/у заполняется врачом-стоматологом-ортопедом стоматологической поликлиники, отделения (кабинета), стоматологических отделений амбулаторий, поликлиник, больниц, диспансеров, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений III–IV уровней аккредитации, госпиталей для инвалидов войны, женских консультаций, врачебных здравпунктов независимо от подчинения и форм собственности, которые предоставляют ортопедическую помощь населению.

3. Основанием для заполнения формы № 039-4/у является «Лист ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда» (форма № 037-1/у) и служит для заполнения таблицы 2702 формы отчетности № 20 «Отчет учреждения здравоохранения за 20\_\_\_\_год».

4. Основное назначение формы № 039-4/у состоит в суммарном выражении лечебно-профилактической помощи за один рабочий день, месяц.

5. В графе 1 указывается дата рабочего дня врача. На основании данных этой графы определяется количество дней, отработанных врачом за месяц.

6. В графе 2 отражается количество фактически отработанных часов по графику, которые в конце месяца переводятся в количество рабочих дней по 5-дневной неделе: количество отработанных часов делится на 6,5 часа. В графу включаются часы, которые выделены врачу-стоматологу-ортопеду для приема, включая консультации. При несоответствии времени работы врача графику указывается причина такого несоответствия.

7. В графе 3 указывается общее количество посещений к врачу как больных, так и практически здоровых пациентов, осмотренных в порядке индивидуальных и массовых профилактических стоматологических осмотров независимо от характера обращения к врачу.

8. В графе 4 отмечается количество первичных посещений (взрослых и детей в возрасте до 17 лет включительно). Первичным считается первое обращение пациента за стоматологической помощью в отчетном году независимо от характера обращения.

9. В графе 5 указывается количество посещений в планово-профилактическом порядке, то есть за период лечения.

10. В графе 6 отмечается количество первичных посещений, осуществленных сельскими жителями (взрослыми и детьми в возрасте до 17 лет включительно).

11. В графе 7 указывается количество посещений, осуществленных сельскими жителями в планово-профилактическом порядке за период лечения.

12. В графах 8–70 указывается объем лечебно-профилактической работы.

13. В графах 8–11 указываются общее количество и отдельные виды вкладок, накладок, виниров, а именно: металлические, керамические, композитные, которые изготовлены из соответствующих материалов.

14. В графах 12–15 указываются общее количество и отдельные виды штифтовых культевых вкладок, а именно: металлические, стекловолоконно-композитные, анкерно-композитные, изготовленные из соответствующих материалов.

15. В графах 16–29 указываются общее количество и отдельные виды одиночных или спаянных между собой искусственных коронок, которые изготовлены по разным технологиям с использованием соответствующих материалов.

16. В графе 16 указывается общее количество искусственных одиночных коронок.

17. В графе 17 указывается общее количество цельнолитых коронок, а именно: металлических, металлокерамических, металлокомпозитных, металлопластмассовых.

18. В графе 18 указывается общее количество коронок на имплантах.

19. В графе 19 указывается количество цельнолитых металлических коронок.

20. В графе 20 указывается количество цельнолитых коронок, которые облицованы керамикой.

21. В графе 21 указывается количество цельнолитых коронок, которые облицованы композитом.

22. В графе 22 указывается количество цельнолитых коронок, которые облицованы пластмассой.

23. В графе 23 указывается количество штампованных металлических коронок.

24. В графе 24 указывается количество штампованных комбинированных коронок.

25. В графе 25 указывается количество искусственных одиночных керамических коронок.

26. В графе 26 указывается количество искусственных одиночных композитных коронок.

27. В графе 27 указывается количество искусственных одиночных пластмассовых коронок.

28. В графе 28 указывается количество искусственных одиночных полукоронок.

29. В графе 29 указывается количество искусственных экваторных коронок.

30. В графах 30–51 указывается общее количество и отдельные виды мостовидных протезов и их составные элементы, а именно: коронки и зубы.

31. В графе 30 указывается общее количество мостовидных протезов.

32. В графе 31 указывается общее количество цельнолитых мостовидных протезов, а именно: металлических, металлокерамических, металлокомпозитных, металлопластмассовых.

33. В графе 32 указывается количество мостовидных протезов на имплантах.

34. В графе 33 отмечается количество литых металлических коронок в мостовидных протезах.



35. В графе 34 указывается количество литых коронок, которые облицованы керамикой в мостовидных протезах.

36. В графе 35 указывается количество литых коронок, которые облицованы композитными материалами в мостовидных протезах.

37. В графе 36 отмечается количество литых коронок, которые облицованы пластмассой в мостовидных протезах.

38. В графе 37 указывается количество литых металлических зубов в мостовидных протезах.

39. В графе 38 указывается количество литых зубов, которые облицованы керамикой в мостовидных протезах.

40. В графе 39 указывается количество литых зубов, которые облицованы композитом в мостовидных протезах.

41. В графе 40 указывается количество литых зубов, которые облицованы пластмассой в мостовидных протезах.

42. В графе 41 указывается общее количество штамповано-паяных мостовидных протезов.

43. В графе 42 указывается количество штампованных металлических коронок в штамповано-паяных мостовидных протезах.

44. В графе 43 указывается количество штампованных комбинированных коронок в штамповано-паяных мостовидных протезах.

45. В графе 44 указывается количество литых зубов промежуточной части штамповано-паяных мостовидных протезов.

46. В графе 45 указывается количество фасеток промежуточной части штамповано-паяных мостовидных протезов.

47. В графе 46 отмечается общее количество керамических безметалловых мостовидных протезов.

48. В графе 47 указывается количество коронок в керамических безметалловых мостовидных протезах.

49. В графе 48 указывается количество зубов промежуточной части керамических безметалловых мостовидных протезов.

50. В графе 49 указывается общее количество пластмассовых мостовидных протезов.

51. В графе 50 указывается количество коронок в пластмассовых мостовидных протезах.

52. В графе 51 указывается количество зубов промежуточной части пластмассовых мостовидных протезов.

53. В графах 52–59 отмечается количество съемных протезов.

54. В графе 52 указывается общее количество съемных протезов, а именно: пластиночных, бюгельных.

55. В графе 53 указывается количество съемных протезов с фиксацией на имплантах.

56. В графе 54 указывается количество частичных съемных пластиночных протезов с пластмассовой основой.

57. В графе 55 указывается количество полных съемных пластиночных протезов с пластмассовой основой.

58. В графе 56 указывается количество частичных съемных пластиночных протезов с литой металлической основой.

59. В графе 57 указывается количество полных съемных пластиночных протезов с литой металлической основой.

60. В графе 58 указывается количество паяных бюгельных протезов.

61. В графе 59 указывается количество цельнолитых бюгельных протезов.

62. В графах 60–63 указываются общее количество изготовленных шин и шинопротезов, в том числе цельнолитых, несъемных, съемных, по соответствующим графам.

63. В графе 64 указывается общее количество изготовленных индивидуальных оттисковых ложек.

64. В графе 65 указывается количество изготовленных лечебных ортодонтических аппаратов, капповых конструкций.

65. В графе 66 указывается количество челюстно-лицевых протезов.

66. В графе 67 указывается количество починок протезов.

67. В графе 68 указывается количество перебазировок и коррекций протезов.

68. В графе 69 указывается общее количество изъятых искусственных коронок с целью лечения зубов или подготовки к новому протезированию.

69. В графе 70 указывается количество случаев выборочного пришлифовывания зубов и количество зубов.

70. В графах 71, 72 отмечается количество лиц, которые получили зубные протезы (закончили протезирование), в том числе сельских жителей.

71. В графе 73 указываются количество детей и подростков, которые бесплатно получили зубные протезы.

72. В графе 74 указывается количество инвалидов (детей и взрослых), которые бесплатно получили зубные протезы.

73. В графе 75 указывается количество пенсионеров, которые бесплатно получили зубные протезы.

74. В графе 76 указывается количество участников боевых действий, инвалидов войны, участников войны, которые бесплатно получили зубные протезы.

75. В графе 77 указывается количество лиц, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС, которые бесплатно получили зубные протезы.

76. В графе 78 указывается количество лиц льготных категорий, которые бесплатно получили зубные протезы.

77. В графе 79 указывается количество лиц, которые получили протезы из золота и других драгоценных металлов.

78. В графе 80 указывается количество отработанных условных единиц трудоемкости (УЕТ) в соответствии с классификатором процедур в ортопедической стоматологии.

79. Заполнение всех граф за один рабочий день врач проводит на основании медицинской карты стоматологического больного и «Листа ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда» (форма № 037-1/у) в конце рабочего дня.

80. Форма № 039-4/у подписывается и датируется врачом-стоматологом-ортопедом, у которого больной находится под диспансерным наблюдением.

81. В случае ведения формы № 039-4/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

82. Срок хранения формы № 039-4/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br>_____<br>_____<br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма<br>_____<br>_____<br>Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> |   |   |   |   |   |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| Форма первичной учетной документации<br><b>№ 043/y</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>.</td><td>1</td><td>/</td><td>2</td><td>8</td><td>5</td></tr></table>  | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | 0 | 1 | 2 | .                               | 1 | / | 2 | 8 | 5 |  |  |
| 1  | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 0  | 1 | 2 | . | 1 | / | 2 | 8 | 5 |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| <b>Медицинская карта стоматологического больного № _____</b><br><b>за _____ год</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 2. Пол: мужской – 1; женский – 2 <input type="checkbox"/> 3. Дата рождения <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>(число, месяц, год)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 4. Место проживания больного, телефон _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 5. Диагноз _____   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 6. Жалобы _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 7. Перенесенные и сопутствующие заболевания _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
| 8. Развитие нынешнего заболевания _____  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                 |   |   |   |   |   |  |  |

9. Данные объективного исследования, внешний вид, состояние зубов: \_\_\_\_\_

|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|--------------|---|---|---|------|-------|--------|-------|------|------|-------|--------|-------|------|---|---|---|
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
| Дата осмотра | 8 | 7 | 6 | 5(V) | 4(IV) | 3(III) | 2(II) | 1(I) | 1(I) | 2(II) | 3(III) | 4(IV) | 5(V) | 6 | 7 | 8 |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |
|              |   |   |   |      |       |        |       |      |      |       |        |       |      |   |   |   |

#### Условные обозначения

С – кариес, Р – пульпит, Рt – периодонтит, Lp – локализованный пародонтит, Gr – генерализованный пародонтит, R – корень, А – отсутствует, Cd – коронка, PI – пломба, F – фасетка, аг – искусственный зуб, г – реставрация, Н – гемисекция, Am – ампутация, res – резекция, pin – штифт, i – имплантация, Rp – реплантация, Dc – зубной камень.

|  |
|--|
| 10. Прикус _____   |
|  |
| 11. Состояние гигиены полости рта, состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба. Индексы: ГИ и ПМА |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 12. Данные рентгеновских обследований, лабораторных исследований _____   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 13. Цвет по шкале<br>“Вита”  |
| 14. Дата обучения навыкам гигиены полости рта _____  |
|  |
| 15. Дата контроля гигиены полости рта _____  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## 16. ДНЕВНИК ВРАЧА

[illegible]

Врач \_\_\_\_\_ Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
Дата заполнения “ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ г.



## ДНЕВНИК ВРАЧА

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 043/у «Медицинская карта стоматологического больного № \_\_\_\_ за \_\_\_\_ год»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 043/у «Медицинская карта стоматологического больного № \_\_\_\_ за \_\_\_\_ год» (далее – форма № 043/у).

2. Форма № 043/у заполняется ответственными лицами амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения, которые предоставляют стоматологическую помощь населению: стоматологических поликлиник, стоматологических отделений и кабинетов амбулаторий, поликлиник, больниц, диспансеров, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений III–IV уровней аккредитации, госпиталей для инвалидов войны, женских консультаций, врачебных здравпунктов независимо от подчинения и форм собственности.

3. Паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество, пол, место проживания, год рождения) заполняются медицинской сестрой или медицинским регистратором.

4. Диагноз и другие разделы формы № 043/у заполняются непосредственно лечащим врачом. В зависимости от жалоб и первичного клинического диагноза врач должен направить пациента на лабораторное исследование, рентгенографию, получение заключений специалистов соответствующего профиля, в том числе общесоматических, с предоставлением выписки из карты стоматологического больного, анализов и другой медицинской документации. Упомянутую документацию вписывают или клеивают в форму № 043/у в раздел «Данные рентгеновских обследований, лабораторных исследований».

4.1. Допускается дальнейшее уточнение диагноза, расширение или даже замена с обязательным указанием даты. Диагноз должен быть развернутым, следует описывать только стоматологические заболевания.

5. В пункте 6 «Жалобы» со слов пациента или родственников вписываются жалобы, которые наиболее точно отражают состояние пациента по стоматологическому заболеванию.

6. В пункте 7 «Перенесенные и сопутствующие заболевания» указываются данные о перенесенных и сопутствующих заболеваниях со слов пациента, а также данные, подтвержденные специалистами других подразделений учреждения здравоохранения. Необходимо обязательно указать, состоит ли пациент на диспансерном учете и по поводу какого заболевания.

7. В пункте 8 «Развитие нынешнего заболевания» указываются время появления первых симптомов этого заболевания, с чем пациент их связывает, характер течения болезни и ранее проведенное лечение и его эффективность.

8. В пункте 9 «Данные объективного исследования, внешний осмотр, состояние зубов» проводится описание данных внешнего осмотра, в котором указывается состояние кожных покровов, костного скелета лица пациента, красной каймы губ и т.д. В этом пункте указываются результаты пальпации височно-нижнечелюстного сустава, подчелюстных, околоушных слюнных желез. Запись данных осмотра ротовой полости начинают с определения состояния твердых тканей зубов и ткани пародонта. Первый ряд над расположенными схематически зубами и под ними отведен для внесения данных по состоянию коронковой части зуба с условными обозначениями, включая наличие разных конструкций зубных протезов.

8.1. В числителе отмечается состояние на время осмотра, в знаменателе – состояние после проведенного лечения. Над другим рядом схематически изображенных зубов и под ним вносятся данные объективного исследования состояния пародонта: его норма (N), степень атрофии – 1/4, 1/2, 3/4 и степень подвижности зубов – I, II, III.

8.2. Под таблицей схематически расположенных зубов в письменном виде отражают дополнительные данные относительно зубов, костных тканей альвеолярных отростков (смена их формы, положения и т.д.).

9. В пункте 10 «Прикус» отмечается тип взаимоотношения зубных рядов в норме, при аномалиях, патологическом состоянии, а также характер взаимоотношений альвеолярных отростков челюстей при отсутствии зубов антагонистов или их полном отсутствии, ориентируясь на их соотношение в состоянии относительного покоя.

10. В пункте 11 «Состояние гигиены полости рта, состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба. Индексы ГИ и ПМА» проводится описание состояния слизистой оболочки ротовой полости по данным визуального обследования, гигиенического индекса (далее – ГИ) и папиллярно-маргинального альвеолярного индекса (далее – ПМА), который является показателем для оценки проявлений гингивита и пародонтального индекса (ПИ), направленный на выявление развитых форм патологии.

11. В пункте 12 «Данные рентгеновских обследований, лабораторных исследований» необходимо указать выводы рентгенологических обследований и лабораторных исследований.

12. В пункте 13 «Цвет по шкале «Вита» указывают соответствие цветовой гаммы применяемого материала цвету коронок зубов пациента.

13. В пункте 14 «Дата обучения навыкам гигиены ротовой полости» необходимо указать дату, когда проведена беседа о правильной чистке зубов, других навыков гигиены полости рта.

14. В пункте 15 «Дата контроля гигиены полости рта» проставляется дата после оценки гигиенического состояния ротовой полости.

15. В пункте 16 «Дневник врача» указываются все случаи обращений пациента к врачу, составляется план обследования, план лечения пациента с отметками о консультативных выводах смежных специалистов. Завершает его эпикриз – сжатое описание результатов лечения и рекомендованные врачом практические мероприятия. После лечения ставятся подписи лечащего врача и заведующего отделением, а после окончания отдельных этапов лечения ставится подпись врача, который непосредственно лечит пациента.

16. В стоматологической поликлинике (отделении или кабинете) на больного должна быть одна форма № 043/у.

17. Форма № 043/у подписывается и датируется врачом, у которого больной состоит под диспансерным наблюдением.

18. В случае ведения формы № 043/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

19. Форма № 043/у хранится в регистратуре учреждения здравоохранения.

20. Срок хранения формы № 043/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |  |
|---|---|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>   |  |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____<br>_____<br>_____<br>Идентификационный код         | Форма первичной учетной документации<br><b>№ 058/y</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><b>1   9   0   8   2   0   1   5</b> № <b>012.1/285</b> |  |

**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ**  
**об инфекционном заболевании, пищевом, остром**  
**профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года  
(дата заполнения извещения)

Извещение направлено в \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения)

1. Фамилия, имя, отчество больного

(число, месяц, год)

9

**4. Место жительства больного** (полный почтовый адрес): город \_\_\_\_\_,  
район \_\_\_\_\_, населенный пункт \_\_\_\_\_,  
улица \_\_\_\_\_, дом № \_\_\_\_\_, кв. № \_\_\_\_\_

11

## 6. Телефон

**7. Место работы, учебы, детского учреждения, адрес**

8. Диагноз \_\_\_\_\_ шифр по МКБ-10 

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

**9. Даты:**

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

дальнейшего посещения дошкольного или общеобразовательного учебного заведения

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

(число, месяц, год)

госпитализации

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

(число, месяц, год)

**10. Место госпитализации** \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения)

**11. Диагноз подтвержден:** лабораторным исследованием - 1, клинически - 2,  
другое - 3 (вписать) \_\_\_\_\_

☐

**12. Если отравление** – указать, где оно возникло, чем отравился пострадавший \_\_\_\_\_

**13. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения**

**14. Дата и время первичного извещения (по телефону и т.п.) санитарно-эпидемиологической службы** \_\_\_\_\_

Фамилии лиц: передавшего извещение \_\_\_\_\_

получившего извещение \_\_\_\_\_

**15. Фамилия, имя, отчество** \_\_\_\_\_  
**номер контактного телефона лица, заполнившего извещение:** \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ в журнале ф. № 060/у учреждения здравоохранения

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ в журнале ф. № 060/у санитарно-эпидемиологической станции

**Подпись лица, получившего извещение** \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (далее – форма № 058/у).

2. Форму № 058/у заполняют ответственные лица учреждений здравоохранения независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности, физические лица-предприниматели, занимающиеся медицинской практикой, воспитательные, учебные, оздоровительные и другие детские учреждения и заведения системы социальной защиты (независимо от места и обстоятельств выявления заболевания, отравления).

3. На каждый случай инфекционного заболевания (подозрения на инфекционное заболевание), необычной реакции на прививку, укуса, оцарапывания, ослюнения животными, другого состояния (бактерионосительство), кроме гриппа и острых инфекций дыхательных путей, заполняется форма № 058/у, которая в течение 12 часов передается в территориальную санитарно-эпидемиологическую службу (далее – СЭС) по месту регистрации заболевания. Кроме того, в оперативном порядке эта же информация сообщается в данную СЭС по телефону.

4. Форма № 058/у заполняется врачом или средним медицинским персоналом, выявившим или заподозрившим заболевание в:

4.1. учреждениях здравоохранения независимо от условий, при которых было выявлено заболевание – при обращении в поликлинику, посещении больного на дому, профилактическом осмотре и т.п.;

4.2. учреждениях здравоохранения при условии, что диагноз инфекционного заболевания был установлен при оказании стационарной медицинской помощи больному, а именно: в случае его поступления без направления учреждения здравоохранения, либо диагноз инфекционного заболевания установлен вместо другого заболевания, либо выявлен случай внутрибольничной инфекции и т.п.;

4.3. учреждениях судебно-медицинской экспертизы;



4.4. учреждениях доврачебного обслуживания (фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских здравпунктах).

5. В верхнем левом углу формы указывается название министерства, другого центрального органа исполнительной власти, органа местного самоуправления, в сфере управления которого находится учреждение, ответственные лица которого заполнили форму № 058/у, его наименование, местонахождение (полный почтовый адрес) и идентификационный код.

6. После заглавия в форме № 058/у обязательно указывается дата ее заполнения.

7. Далее отмечается наименование учреждения, в адрес которого направляется форма № 058/у.

8. В пункте 1 указываются фамилия, имя, отчество больного.

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

10. В пункте 3 указывается пол больного: мужской – 1, женский – 2.

11. В пунктах 4 и 6 указывается место жительства больного (полный почтовый адрес), номер телефона.

12. В пункте 5 указывается, жителем города или села является больной.

13. В пункте 7 указывается место работы, учебы, детского учреждения и их адрес.

14. В пункте 8 указываются диагноз и шифр в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

15. В пунктах 9, 10 указываются даты заболевания, первичного обращения, установления диагноза, дальнейшего посещения дошкольного или общеобразовательного учебного заведения, госпитализации, место госпитализации.

16. В пункте 11 указывается метод подтверждения диагноза: клинически или лабораторно или вписываются названия других исследований.

17. В пункте 12, если зарегистрировано отравление, то указывается, где оно возникло, чем отравился пострадавший.

18. В пункте 13 указываются проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения.

19. В пункте 14 указываются дата и время первичного извещения (по телефону и т.п.) территориальной СЭС, фамилии лиц, передавших и получивших форму № 058/у.

20. В пункте 15 указываются фамилия, имя, отчество и номер контактного телефона лица, заполнившего извещение; отмечаются регистрационные номера из формы первичной учетной документации № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний» учреждения здравоохранения и СЭС.

21. Медицинские работники учреждений доврачебного обслуживания форму № 058/у заполняют в двух экземплярах: первый передается в территориальную СЭС, второй – в учреждение здравоохранения.

22. Медицинский персонал, который обслуживает детские учреждения, направляет форму № 058/у в территориальную СЭС только при условии, если заболевание (подозрение) впервые выявлено персоналом этих учреждений во время осмотра детей или при других обстоятельствах. Сведения об инфекционных заболеваниях, выявленных медицинским персоналом учреждений здравоохранения (больницы, поликлиники) у детей, посещающих детские учреждения, сообщаются (по телефону и с отправлением формы № 058/у) в территориальную СЭС сотрудниками этих учреждений.

23. Медицинские работники, обслуживающие детские учреждения оздоровления и отдыха, форму № 058/у направляют в СЭС, которая осуществляет текущее санитарное наблюдение, а также в территориальную СЭС по месту временной дислокации оздоровительного учреждения.

24. Физические лица-предприниматели, занимающиеся медицинской практикой, форму № 058/у направляют в территориальную СЭС района по месту осуществления медицинской практики.

25. Медицинские работники Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, которые выявили или заподозрили инфекционное заболевание, в случаях госпитализации сообщают в территориальную СЭС по телефону о выявлении больного и необходимости его госпитализации, в иных случаях сообщают в учреждение

здравоохранения по месту жительства больного, о необходимости направления к нему участкового (семейного) врача. Форма № 058/у в этих случаях заполняется в учреждении здравоохранения, куда больной был госпитализирован, или поликлиникой (ЦПМСП), врачи которой посетили больного на дому.

26. Медицинские работники учреждений здравоохранения, обслуживающие работников водного, железнодорожного и воздушного транспорта, заполняют два экземпляра формы № 058/у: один экземпляр посылается в территориальную СЭС, второй – в ведомственные учреждения здравоохранения.

27. Учреждения здравоохранения других центральных органов исполнительной власти, в т.ч. силовых ведомств, посылают в территориальную СЭС Министерства здравоохранения ДНР форму № 058/у только на вольнонаемных работников и членов семей работников этих учреждений.

28. Учреждение здравоохранения, в котором был уточнен или изменен диагноз, обязано заполнить новую форму № 058/у и в течение 12 часов после установления диагноза послать его в СЭС по месту выявления заболевания, с указанием измененного (уточненного) диагноза, даты его установления, первичного диагноза и результатов лабораторных исследований.

29. В случае ведения формы № 058/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

30. Срок хранения формы № 058/у – 1 год.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

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

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

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 060/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ  
Донецкой Народной Республики

| 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285 |

**Ж У Р Н А Л**  
**учета инфекционных заболеваний**

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

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

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной  
документации № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний» (далее – форма № 060/у).

2. Форму № 060/у заполняют ответственные лица учреждений здравоохранения независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности, физические лица-предприниматели, занимающиеся медицинской практикой, воспитательные, учебные, оздоровительные и другие детские учреждения и заведения системы социальной защиты (независимо от места и обстоятельств выявления инфекционных заболеваний).

3. В графе 1 журнала указывается порядковый номер записи.

4. В графе 2 отмечаются дата, время уведомления (приема) по телефону и дата отправления (получения) экстренного извещения; кто передал-принял (фамилия).

5. В графе 3 отмечается наименование учреждения здравоохранения, пославшего извещение.

6. В графе 4 указывается фамилия, имя, отчество больного.

7. В графе 5 указывается возраст больного (для детей до 3 лет включительно указать месяц и год рождения).

8. В графе 6 указывается место жительства больного (город, село, улица, номера дома и квартиры).

9. В графе 7 указывается место работы, учебы больного и тому подобное (дата последнего посещения).

10. В графах 8, 9 указываются даты первичного обращения и заболевания.

11. В графах 10, 11 указываются диагноз, дата его установления и место госпитализации.

12. В графе 12 указывается измененный (уточненный) диагноз, дата его установления.

13. В графе 13 указывается дата эпидобследования и фамилия проводившего его лица.

14. В графе 14 указывается, куда направлено извещение о заболевании (в территориальный орган Республиканской санэпидслужбы по месту постоянного жительства, в детское дошкольное учреждение, по месту учебы, работы и тому подобное).

15. В графе 15 указываются данные о лабораторном обследовании и его результатах.

16. В графе 16 «Примечание» вносятся сведения о заболевании, полученные на основании специальных справок и тому подобное.

17. Форма № 060/у предназначена для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и для обмена информацией между учреждениями здравоохранения и территориальными органами Госсанэпидслужбы.

18. На каждое инфекционное заболевание (бактерионосительство), которое учитывается по экстренным извещениям, отводятся отдельные страницы формы № 060/у. В крупных лечебных учреждениях на массовые заболевания (корь, ветряная оспа, эпидемический паротит и т.п.) могут быть заведены отдельные формы № 060/у. Графы 13 и 14 в учреждениях здравоохранения не заполняются.

19. ЦПМСП регистрируют в форме № 060/у также инфекционные заболевания, выявленные средним медицинским персоналом ФАПов и фельдшерских пунктов.

20. На основании экстренных извещений, поступающих в территориальные органы Республиканской санэпидслужбы, в форму № 060/у вносятся необходимые исправления, уточнения, дополнения и т.п.

21. Данные формы № 060/у должны использоваться для проведения оценки эпидемической ситуации в районе обслуживания учреждения здравоохранения.



22. В дошкольных и общеобразовательных учебных заведениях в форме № 060/у указываются заболевания, выявленные персоналом этих заведений, в том числе на основании специальных справок, о чем в форме № 060/у в графе 16 «Примечание» делается соответствующая запись.

23. В случае ведения формы № 060/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

24. Срок хранения формы № 060/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения<br><br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма<br><br>Идентификационный код <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b><br><br>Форма первичной учетной документации<br><br><b>№ 061/y</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ Министерства здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики<br><br><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td> </tr> </table> № <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>012.1/285</td> </tr> </table> | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | 012.1/285 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
| 1   | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
| 012.1/285   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |           |

Дата заполнения «                      » 20                      г.

Организация (ДЮСШ, спорт. коллектив) \_\_\_\_\_ Вид спорта \_\_\_\_\_  
 № поликлиники по месту жительства \_\_\_\_\_

|    |                                |  |    |   |       |  |  |  |  |  |  |       |
|----|--------------------------------|--|----|---|-------|--|--|--|--|--|--|-------|
| 1  | Фамилия, имя, отчество         | _____  | 11 | Употребление алкоголя: случайно, мало, много, часто, не употребляет (подчеркнуть) | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
| 2  | Дата рождения                  | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table><br>(число, месяц, год) |    |   |       |  |  |  |  |  | Курение: со скольких лет (с какого возраста) | _____ |
|    |                                |  |    |   |       |  |  |  |  |  |  |       |
| 3  | Пол м. - 1, ж. - 2             | <input type="checkbox"/>   |    | по _____ штук в день, не курит (подчеркнуть)                                      | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
| 4  | Домашний адрес                 | _____  | 12 | Каким видом спорта преимущественно занимается                                     | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    |                                | Телефон _____  |    |   |       |  |  |  |  |  |  |       |
| 5  | Место работы                   | _____  | 13 | Сколько времени _____   | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
| 6  | Профессия, должность           | _____  | 14 | Какими другими видами спорта занимался  | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    |                                | _____  |    |   |       |  |  |  |  |  |  |       |
| 7  | Образование _____              | 8. Жилищные условия _____  | 15 | По каким видам спорта принимал участие в соревнованиях                            | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    |                                | _____  |    |   |       |  |  |  |  |  |  |       |
| 9  | Режим питания _____            |  |    |   |       |  |  |  |  |  |  |       |
| 10 | Перенесенные: а) болезни _____ |  | 16 | Разряд _____  | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    |                                |  |    | дата получения каждого разряда  | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    | б) травмы _____                |  |    |   | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    | в) операции _____              |  |    |   | _____ |  |  |  |  |  |  |       |
|    |                                |  |    | по какому виду спорта   | _____ |  |  |  |  |  |  |       |

## 17. Антропометрические данные

|                      |              | 1-е обследование   |          | 2-е обследование   |          | 3-е обследование   |          | 4-е обследование   |          |
|----------------------|--------------|--------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|
|                      |              | Дата осмотра _____ |          | Дата осмотра _____ |          | Дата осмотра _____ |          | Дата осмотра _____ |          |
|                      |              | возраст            | оценка * | возраст            | оценка * | возраст            | оценка * | возраст            | оценка * |
| Вес                  |              |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
| Рост стоя            |              |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
| Объем грудной клетки | вдох         |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
|                      | выдох        |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
|                      | пауза        |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
|                      | размах       |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
| Спирометрия          |              |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
| Динамометрия         | правая кисть |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |
|                      | левая кисть  |                    |          |                    |          |                    |          |                    |          |

## 18. Данные внешнего осмотра

|                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Кожа                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Видимые слизистые оболочки |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лимфатическая система      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Жироотложение              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Мускулатура                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Состояние грыжевых ворот   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Грудная клетка             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Спина                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стопа                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ноги                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Оценка для детей и подростков до 17 лет включительно

| 19. Ближайшие данные спортивного анамнеза                       |                    |                    |
|---|--------------------|--------------------|
|   | 1-е обследование   | 2-е обследование   |
|   | Дата осмотра _____ | Дата осмотра _____ |
| Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях          |                    |                    |
| 20. Данные обследования внутренних органов                      |                    |                    |
| Жалобы  |                    |                    |
| Органы дыхания: верхние дыхательные пути, легкие (аускультация) |                    |                    |
| Органы кровообращения: сердце (границы, аускультация)           |                    |                    |
| Органы пищеварения: язык, живот (пальпация)                     |                    |                    |
| Мочеполовая система   |                    |                    |
| Эндокринная система   |                    |                    |
| Нервная система   |                    |                    |
| <b>Осмотр специалистов:</b>                                     |                    |                    |
| офтальмолога  |                    |                    |
| отоларинголога  |                    |                    |
| хирурга   |                    |                    |
| травматолога  |                    |                    |
| стоматолога   |                    |                    |
| других специалистов (вписать)                                   |                    |                    |
|   |                    |                    |
|   |                    |                    |

[illegible]



|   |                       |                 |       |       |  |
|---|-----------------------|-----------------|-------|-------|--|
| Число, месяц, год обследования                |                       |                 |       |       |  |
| До<br>нагрузки                                | Дыхание               | _____           |       |       |  |
|   | Пульс                 | _____           |       |       |  |
|   | Характер пульса       | _____           |       |       |  |
|   | Артериальное давление | _____           |       |       |  |
| После<br>нагрузки                             | П У Л Ь С             | 10              | _____ |       |  |
|   |                       | 20              | _____ |       |  |
|   |                       | 30              | _____ |       |  |
|   |                       | 40              | _____ |       |  |
|   |                       | 50              | _____ |       |  |
|   |                       | 60              | _____ |       |  |
|   |                       | Давление        | _____ |       |  |
|   |                       | Дыхание         | _____ |       |  |
|   |                       | Характер пульса |       | _____ |  |
| Аускультация                                  | Стоя                  | _____           |       |       |  |
|   | Лежа                  | _____           |       |       |  |
|   |                       |                 |       |       |  |
| 21. Вывод                                     |                       |                 |       |       |  |
| <b>Физическое развитие</b>                    |                       |                 |       |       |  |
| Состояние здоровья (функциональное состояние) |                       |                 |       |       |  |
| Медицинская группа                            |                       |                 |       |       |  |
| Допуск к занятиям, соревнованиям по           |                       |                 |       |       |  |
| Направлен к специалисту                       |                       |                 |       |       |  |
| Повторная явка                                |                       |                 |       |       |  |
| Рекомендовано                                 |                       |                 |       |       |  |
| Примечание                                    |                       |                 |       |       |  |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 061/у  
«Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной медицинской документации № 061/у «Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена» (далее – форма № 061/у).
2. Форма № 061/у заполняется во врачебно-физкультурных диспансерах, учреждениях здравоохранения, которые имеют в своем составе кабинеты наблюдения за лицами, которые занимаются физкультурой и спортом.
3. Форма № 061/у составляется на лиц, которые проходят обследование для допуска к занятиям физической культурой и спортом.
4. Используется при составлении годового статистического отчета по форме № 52 «Отчет о медицинском наблюдении за лицами, которые занимаются физической культурой и спортом за 20 \_\_\_\_ г.».
5. В случае ведения формы № 061/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.
6. Срок хранения - 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |  |   |
|---|--|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____ |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b><br>Форма первичной учетной документации<br><b>№ 065/у</b><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____  |  |   |
| Идентификационный код _____   |  | 1   9   0   8   2   0   1   5   №   012.1/285   |

|   |   |
|---|---|
| <b>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____</b><br><b>больного венерическим заболеванием</b>                                 |   |
| Взят на учет _____<br>(число, месяц, год)   | Дата составления извещения _____<br>(число, месяц, год) |
| 1. Фамилия, имя, отчество _____   |   |
| 2. Пол: муж. – 1, жен. – 2 <input type="checkbox"/>   | 3. Дата рождения: _____                                 |
| 4. Национальность _____   |   |
| 5. Адрес прописки _____   |   |
| 6. Образование _____ 7. Работает сам, находится на содержании (у кого) _____                                  |   |
| 8. Место работы больного (если больной не работает – указать место работы лица, содержащего больного) _____   |   |
| 9. Отрасль производства _____ 10. Специальность _____   |   |
| 11. Проживает постоянно в: городе; селе (подчеркнуть).  |   |
| 12. Адрес места проживания _____  |   |
| 13. Семейное положение: женат, замужем, разведенный(ая), в браке, не в браке, вдова, вдовец (подчеркнуть)     |   |
| 14. Изменения в семейном положении (указать дату) _____ 15. Донор, не донор (подчеркнуть), группа крови _____ |   |
| 16. Взят на учет с диагнозом _____  |   |
| 17. Дата изменения диагноза _____   |   |
| 18. Заболевание выявлено: при обращении больного в учреждение здравоохранения, при профосмотре (подчеркнуть)  |   |
| 19. Дата госпитализации _____   |   |

## 20. Источник заражения

[illegible]

## 21. Члены семьи, контакты, подлежащие обследованию

[illegible]

## 22. Лечение больных сифилисом

| № курса | Дата           |                   | Наименование препарата и суммарная доза | Результат серологического исследования |                       | Примечание |
|---------|----------------|-------------------|---|--|-----------------------|------------|
|         | начала лечения | окончания лечения |   | до начала курса                        | после окончания курса |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |
|         |                |                   |   |  |                       |            |

Не закончил (а) ни одного курса лечения: в связи с переводом \_\_\_\_\_  
 (наименование, адрес учреждения здравоохранения)

\_\_\_\_\_ интеркуррентным заболеванием; по другим причинам (указать, по каким) \_\_\_\_\_  
 (дата перевода) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 23. Контроль за аккуратностью лечения

[illegible]

24. Дата начала лечения \_\_\_\_\_

Дата окончания лечения \_\_\_\_\_ (независимо от того, где было начато лечение – в данном или ином учреждении)

## 25. Контроль после окончания лечения

[illegible]

26. Снят с учета \_\_\_\_\_ по одной из следующих причин: а) окончание лечения и наблюдения; б) перевод в другое учреждение здравоохранения (при наличии документа про взятие на учет по месту перевода или выезда); в) не разыскан (а) в течение отчетного периода; г) смерти.

27. Общий анамнез \_\_\_\_\_

28. Жилищно-бытовые условия \_\_\_\_\_

29. Условия работы: \_\_\_\_\_

30. Наследственность: \_\_\_\_\_

31. Употребление алкоголя, наркотиков \_\_\_\_\_

32. В каком состоянии произошло заражение (трезвый, состояние опьянения) \_\_\_\_\_

33. Перенесенные заболевания (венерические, гинекологические и др.) \_\_\_\_\_

34. Физические и психические травмы \_\_\_\_\_

35. Менструация с \_\_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_\_ лет, через \_\_\_\_\_ дней, последняя \_\_\_\_\_ (дата)

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет

Беременностей: всего \_\_\_\_\_ закончились родами \_\_\_\_\_, прерваны абортom \_\_\_\_\_

Предварительное лечение \_\_\_\_\_

[illegible]

## ЭПИКРИЗ

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 065/у**  
**«Медицинская карта № \_\_\_\_\_ больного венерическим заболеванием»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 065/у «Медицинская карта № \_\_\_\_\_ больного венерическим заболеванием» (далее – форма № 065/у), которая заполняется врачом-дерматовенерологом, работающим в кожно-венерологическом диспансере (кабинете), на всех больных, у которых выявлено венерическое заболевание.

2. При составлении формы № 065/у должны быть заполнены все пункты. Особенно досконально должны быть сделаны записи врача: все сведения о больном (фамилия, имя, отчество, адрес), сведения о лицах, указанных в качестве источника заражения, о членах семьи и контакты, так как эти данные служат для оперативной работы дерматовенерологического учреждения.

**Примечание:** если источник заражения не был сразу назван больным, а был обнаружен лишь при осмотре контактов, то сведения о нем должны быть вычеркнуты из пункта 21 и внесены в пункт 20 формы № 065/у.

3. Форма № 065/у, заполняющаяся на больных венерическими заболеваниями, которые получают систематический курс лечения и находятся под наблюдением после окончания лечения, хранится в кабинете лечащего врача до снятия больного с учета.

4. Форма № 065/у больных, принимающих курсовое лечение, размещается в картотеке врача по датам явки. При таком хранении медицинский персонал легко подбирает для врача форму № 065/у больных, назначенных на данный день, а после окончания приема выявляют больных, не явившихся на прием и подлежащих вызову.

5. Форма № 065/у используется для составления формы отраслевой статистической отчетности № 34 «Отчет о контингенте больных сифилисом, гонококковой инфекцией, грибковыми кожными болезнями за \_\_\_\_\_ год».

6. В случае ведения формы № 065/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения формы № 065/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой



Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |  |
|---|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | <div> <div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации</div> <div>№ 065-1/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ МЗ</div> <div>Донецкой Народной Республики</div> </div> |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  |  |
| Идентификационный код <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>              |  |

|   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____</b><br><b>больного грибковым заболеванием</b>                          |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| « _____ » _____ 20 ____ г.<br>(дата заполнения извещения)   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 1. Фамилия, имя, отчество _____   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 2. Пол: муж. – 1, жен. – 2 <input type="checkbox"/>   | 3. Дата рождения <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |
| 4. Адрес по месту выявления _____   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 5. Проживает постоянно в: городе; селе (подчеркнуть)  | 6. Кем направлен: _____   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 7. Место и адрес работы: _____  | 8. Специальность _____  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 9. Для детей: посещает детское учреждение, адрес учреждения (группа, класс) _____                   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 10. Диагноз: _____  |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 11. Дата проведения первого исследования _____  |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 12. Данные микроскопического обследования: _____  |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 13. Культура грибка: _____  |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 14. Заболевание выявлено: при обращении в учреждение здравоохранения, при профосмотре (подчеркнуть) |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 15. Источник заражения:   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| а) человек (семейные отношения к больному, адрес) _____   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| б) животное (кошка, собака, рогатый скот, лошадь) _____   |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Мероприятия, проведенные в отношении животного (на учете в ветбольнице не состоит) _____            |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

## 16. Результат осмотра семьи больного

[illegible]

17. Результат осмотра контактов (в квартире, общежитии, детском учреждении, др.) \_\_\_\_\_

подлежало осмотру \_\_\_\_\_, осмотрено \_\_\_\_\_ больных \_\_\_\_\_, привлечено к лечению \_\_\_\_\_

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| 18. Текущая дезинфекция | заключительная |
|-------------------------|----------------|

19. Анамнез

20. Развитие данного заболевания

21. Данные объективного обследования \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

Дата

Течение болезни

Назначения

# НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Дата явки

Объективные данные

Лабораторные исследования

Снят с учета « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

По причине \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 065-1/у  
«Медицинская карта № \_\_\_\_\_ больного грибковым заболеванием»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 065-1/у «Медицинская карта № \_\_\_\_\_ больного грибковым заболеванием» (далее – форма № 065-1/у), которая заполняется врачом-дерматовенерологом при выявлении у больного грибкового заболевания.

2. Подробно записываются врачом сведения об источнике заражения (человек, животное), о членах семьи и контактах (в квартире, общежитии, детском учреждении и т.д.), так как на основании этих данных проводится оперативная работа и профилактические мероприятия дерматологической службы.

3. Форма № 065-1/у на больного, находящегося на лечении и контроле (контрольные лабораторные анализы после лечения, проведение заключительной дезинфекции и другие меры, которые проводятся до снятия с учета), хранится в кабинете у лечащего врача в специальной картотеке.

4. На основании данных формы № 065-1/у составляется форма отраслевой статистической отчетности № 34 «Отчет о контингенте больных сифилисом, гонококковой инфекцией, грибковыми кожными болезнями за \_\_\_\_\_ год».

5. В случае ведения формы № 065-1/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Срок хранения формы № 065-1/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |  |  |  |                             |  |  |  |
|---|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br><br>_____<br>Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма<br><br>_____ |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  |  |                             |  |  |  |
|   |  | Форма первичной учетной документации<br><br><b>№ 069-1/y</b><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><b>1   9   0   8   2   0   1   5   № 012.1/285</b> |  |                             |  |  |  |
| Идентификационный код      _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  |  |  |  |                             |  |  |  |
| <b>Ж У Р Н А Л</b><br><b>записи инвазивных манипуляций</b>  |  |  |  |                             |  |  |  |
| Начат «___» _____ 20__ г.   |  |  |  | Окончен «___» _____ 20__ г. |  |  |  |
|   |  |  |  |                             |  |  |  |

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 069-1/у**  
**«Журнал записи инвазивных манипуляций»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 069-1/у «Журнал записи инвазивных манипуляций» (далее – форма № 069-1/у).

2. Форма № 069-1/у заполняется врачами медико-генетических учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, и хранится в операционной.

3. В форме № 069-1/у регистрируются все хирургические вмешательства, которые проведены в амбулаторных условиях медико-генетических учреждений.

4. В графах 1 и 2 указываются порядковый номер и дата проведения манипуляции.

5. В графе 3 отмечаются фамилия, имя и отчество пациента.

6. В графе 4 указывается возраст пациента.

7. В графе 5 указывается местожительство пациента по паспортным данным.

8. В графе 6 указываются показания для проведения амниоцентеза.

9. В графе 7 отмечаются результаты ультразвукового исследования плода.

10. В графе 8 указываются артериальное давление и температура тела пациента.

11. В графе 9 указываются результаты лабораторных исследований пациента (группа крови, резус-фактор, RW, HbSAg, ВИЧ, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, цитологическое исследование выделений из женских половых органов).

12. В графе 10 отмечаются медикаментозное лечение и описание проведенных манипуляций.

13. В графе 11 отмечаются фамилия, имя и отчество врача, проводившего манипуляции и его подпись.

14. Форма № 069-1/у должна быть прошита, пронумерована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

15. Форма № 069-1/у является основанием для заполнения формы отчетности № 20 «Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20\_\_ год» (таблица 2800 «Хирургическая работа амбулаторно-поликлинического учреждения»).

16. В случае ведения формы № 069-1/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

17. Срок хранения формы № 069-1/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| <p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Идентификационный код</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>   |   |   |   |   |   |   |   |   | <p><b>МЕДИЦИНСКАЯ<br/>ДОКУМЕНТАЦИЯ</b></p> <p>Форма первичной учетной документации</p> <p><b>№ 072/y</b></p> <p><b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/285</td></tr></table> | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
| 1   | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
| <p><b>САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА № _____</b></p> <p><b>« _____ » _____ г.</b></p>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
| <p>Выдается после предъявления путевки на санаторно-курортное или амбулаторно-курортное лечение.</p> <p>Без данной карты путевка не действительна.</p> <p>1. Наименование и адрес учреждения здравоохранения, выдавшего карту: _____</p> <p>_____</p> <p>2. Фамилия, имя, отчество лечащего врача _____</p> <p>_____</p> <p>3. Фамилия, имя, отчество больного _____</p> <p>_____</p> <p>4. Пол: муж. , жен. (подчеркнуть)      5. Дата рождения</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>(число, месяц, год)</p> <p>6. Местожительство больного _____</p> <p>_____</p> <p>7. Место работы, должность _____</p> <p>_____</p> <p>8. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предыдущее лечение, в том числе санаторно-курортное _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |           |

9. Краткие данные клинических, лабораторных, рентгенологических и других исследований (даты)

10. Диагноз: а) основной \_\_\_\_\_

б) сопутствующие заболевания

11. ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Санаторно-курортное лечение: \_\_\_\_\_  
(указать рекомендованные курорты)

а) в санатории \_\_\_\_\_  
(указать профиль)

б) амбулаторно-курортное \_\_\_\_\_

12. Время года \_\_\_\_\_

М.П.

Лечащий врач

\_\_\_\_\_ (фамилия, подпись)

Заведующий отделением  
(поликлиникой,  
врачебной амбулаторией  
Центра первичной  
медико-санитарной помощи)

\_\_\_\_\_ (фамилия, подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 072/у  
«Санаторно-курортная карта № \_\_\_\_\_»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 072/у «Санаторно-курортная карта № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 072/у).

2. Форма № 072/у заполняется лечащим врачом учреждения здравоохранения: амбулатории, поликлиники, диспансерного отделения, женской консультации по месту жительства больного, за исключением больных, перенесших острый инфаркт миокарда и хирургические вмешательства на сердце, которые непосредственно из специализированного отделения стационара переводятся на долечивание в реабилитационные кардиологические отделения санаториев (карта заполняется лечащим врачом стационара).

3. Основанием для заполнения формы № 072/у являются данные формы первичной учетной документации № 025у «Медицинская карта амбулаторного больного № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 025/у).

4. На момент обращения для получения формы № 072/у больной должен пройти предусмотренный обязательный перечень обследований, консультаций необходимых специалистов для установления факта отсутствия противопоказаний для выдачи формы № 072/у согласно утвержденному перечню медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

Форма № 072/у оформляется только при соблюдении перечисленных требований.

5. Заполнение формы № 072/у осуществляется при условии:

5.1. Наличия путевки для санаторно-курортного лечения; в отдельных случаях, когда больной желает самостоятельно за собственные средства приобрести путевку (курсовку) для амбулаторно-курортного лечения, наличие ее на момент заполнения карты необязательно.

5.2. Путевка должна соответствовать ранее указанным рекомендациям больному при выдаче формы первичной учетной документации № 070/у «Справка № \_\_\_\_\_ для получения путевки на санаторно-курортное лечение»,

по основному и сопутствующему диагнозам заболевания, профилю санатория (гастроэнтерологический, кардиологический и др.), виду лечения, сезону года и другим факторам.

6. На форме № 072/у проставляется штамп учреждения здравоохранения, номер санаторно-курортной карты и дата ее выдачи.

Все пункты карты обязательно должны быть заполнены. Пункты «Адрес лечебного учреждения» и «Местожительство больного» должны отвечать почтовым требованиям, включая наличие пятизначного индекса. Реквизиты «Фамилия, имя, отчество» врача и больного вносятся без сокращений.

7. В пункте 8 указываются течение заболевания у больного, анамнестические данные и результаты предыдущего лечения согласно форме № 025/у.

8. При заполнении пункта 9 вносятся даты и результаты обязательных исследований (клинические анализы крови, мочи, ЭКГ, флюорографии), а при наличии сопутствующих заболеваний – заключения соответствующих врачей-специалистов. Для женщин – заключение гинеколога. Результаты исследований не должны превышать одного месяца (для лабораторных, функциональных исследований) и 6 месяцев (для компьютерной томографии, рентгенологических, ультразвуковых исследований).

9. При заполнении пункта 10 диагноз оформляется в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, с указанием клинической формы, степени тяжести, стадии, фазы, функциональных нарушений и т.п.

10. В пункте 11 «Заключение» врач делает запись о возможности санаторно-курортного лечения с конкретным указанием рекомендованного курорта, названия санатория, его профиля (кардиологический, пульмонологический и др.) и сезона лечения (весна, зима, лето, осень).

11. Санаторно-курортная карта подписывается заведующим отделением (поликлиникой, врачебной амбулаторией Центра первичной медико-санитарной помощи) и заверяется печатью учреждения здравоохранения.

12. Форма № 072/у выдается не позднее, чем за десять дней до начала санаторно-курортного лечения, и действительна на срок не более 2 месяцев со дня ее выдачи. В случаях, когда больной не использовал форму № 072/у в течение двух месяцев, она становится недействительной. Новая форма

№ 072/у может быть выдана только после повторного осмотра больного и проведения ему необходимых обследований.

13. О выдаче формы № 072/у врач делает соответствующую запись в форме № 025/у с указанием даты выдачи, номеров карты и путевки на санаторно-курортное лечение.

14. Санаторно-курортное учреждение по завершению курса лечения больного направляет по почте в учреждение здравоохранения отрывной талон к форме № 072/у по адресу, указанному на первой странице формы. Отрывной талон хранится в форме № 025/у.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства  
здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

[illegible]



13. Изменение профессии или условий труда за последний год: \_\_\_\_\_

14. Состояние больного при направлении на МСЭК (данные объективного обследования специалистом по основному заболеванию или травме): \_\_\_\_\_

15. Рентгенологические и другие обследования: \_\_\_\_\_

16. Лабораторные исследования: \_\_\_\_\_

17. Диагноз при направлении на МСЭК (шифр МКБ-10):

а) основное заболевание (клиническая характеристика по принятой классификации, степень нарушения функций организма) \_\_\_\_\_

б) сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

18. Основание для направления на МСЭК: наличие признаков инвалидности, определение степени утраты профессиональной трудоспособности, окончание срока инвалидности (степени утраты профессиональной трудоспособности), досрочное переосвидетельствование, продление листка нетрудоспособности (подчеркнуть).

Председатель ВКК \_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_

(подпись, фамилия, имя, отчество)

М.П.

” \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## ПЛАН РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

(перед направлением на МСЭК)

(наименование учреждения здравоохранения)  
Ф.И.О. больного, инвалида (группа, причина инвалидности) \_\_\_\_\_

### 1. Медицинская реабилитация

1.1. Диспансерное наблюдение (у каких специалистов, частота осмотров в течение года) \_\_\_\_\_

1.2. Осмотры врачами других специальностей \_\_\_\_\_

1.3. Консультации городских (районных) и республиканских специалистов \_\_\_\_\_

1.4. Лабораторные обследования \_\_\_\_\_

1.5. Инструментальные методы обследования \_\_\_\_\_

1.6. Плановое восстановительное лечение:

1.6.1. В учреждении здравоохранения по месту наблюдения и лечения (в т.ч. в специализированном) \_\_\_\_\_

В условиях дневного стационара \_\_\_\_\_

В условиях стационара на дому \_\_\_\_\_

В водолечебнице \_\_\_\_\_

В Республиканском реабилитационном центре \_\_\_\_\_

В Республиканской клинической больнице профзаболеваний \_\_\_\_\_

1.7. Санаторно-курортное лечение (при отсутствии противопоказаний) \_\_\_\_\_

Оздоровление в санатории-профилактории \_\_\_\_\_

1.8. Физиотерапевтическое лечение: электро-, тепло-, водолечение, ЛФК, лечебный массаж \_\_\_\_\_

1.9. Реконструктивные хирургические и другие виды оперативных вмешательств (согласно заключению соответствующих специалистов) \_\_\_\_\_

----- линия отреза -----

### ИЗВЕЩЕНИЕ

учреждению здравоохранения о решении МСЭК

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

1. Наименование учреждения здравоохранения, куда отправляется извещение, его адрес \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

3. Дата рождения 

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

  
(число, месяц, год)

4. Дата освидетельствования МСЭК " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

5. Номер акта \_\_\_\_\_

6. Диагноз МСЭК (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

**2. Технические и другие средства реабилитации, в т.ч.**

**2.1. Средства передвижения:**

- костыли, трости \_\_\_\_\_
- ходунки \_\_\_\_\_
- коляски (комнатная, прогулочная, активная, рычажная, с электроприводом) \_\_\_\_\_
- спецавтотранспорт (при наличии показаний) \_\_\_\_\_

**2.2. Протезно-ортопедические изделия:**

- протезирование (с указанием уровня и локализации анатомического дефекта) \_\_\_\_\_
- ортезы \_\_\_\_\_
- ортопедическая обувь \_\_\_\_\_
- другие \_\_\_\_\_

**2.3. Специальные средства для ухода:**

- вспомогательные средства для поднятия \_\_\_\_\_
- вспомогательные средства для туалета \_\_\_\_\_
- другие \_\_\_\_\_

**2.4. Средства для общения и обмена информацией** \_\_\_\_\_

**3. Изделия медицинского назначения** \_\_\_\_\_

**4. Социальная и бытовая реабилитация:**

- необходимость в бытовом обслуживании, постоянном постороннем уходе, специальном медицинском уходе \_\_\_\_\_
- направление в территориальные центры социального обслуживания \_\_\_\_\_
- направление в дом-интернат \_\_\_\_\_
- другие \_\_\_\_\_

**5. Профессиональная реабилитация, обучение, переобучение** \_\_\_\_\_

**6. Физкультурно-спортивная реабилитация** \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. председателя ВКК  
печать ВКК)

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О. лечащего врача  
личная печать)

----- линия отреза -----

**7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ МСЭК** \_\_\_\_\_

**8. Рекомендации по социально-трудовой реабилитации** \_\_\_\_\_

**Председатель МСЭК** \_\_\_\_\_

Дата “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 088/у  
«Направление на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК)»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 088/у «Направление на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК)» (далее – форма № 088/у).

2. Форма № 088/у заполняется лечащим врачом учреждения здравоохранения по месту проживания или лечения больного с указанием даты ее выдачи.

3. Основаниями для направления на МСЭК являются: наличие признаков инвалидности, определение степени утраты профессиональной трудоспособности, окончание срока инвалидности (степени утраты профессиональной трудоспособности), досрочное переосвидетельствование (изменение в состоянии здоровья и трудоспособности, изменение причины заболевания и др.), необходимость продления листка нетрудоспособности.

4. На каждого больного (инвалида), направляемого на МСЭК, заполняется форма №088/у, которая хранится в акте освидетельствования МСЭК в течение 50 лет.

5. В пунктах 1-4 указываются паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество, дата рождения), пол, место проживания.

6. Пункт 5 заполняется при повторном направлении на МСЭК для переосвидетельствования с указанием группы и причины инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах.

7. В пунктах 6-8 указываются место и адрес работы больного, специальность (основная профессия), по которой получена наивысшая квалификация или по которой имеется более длительный стаж, занимаемая должность.

8. В пунктах 9, 10 указывается наименование учреждения здравоохранения, направившего больного на МСЭК, и с какого времени больной находится под наблюдением данного учреждения.

9. В пункте 11 указывается: при первичном направлении – анамнез заболевания (травмы), по поводу которого больной направляется на МСЭК, с указанием данных об обострениях, развитии осложнений, этапах лечения; при направлении на МСЭК для переосвидетельствования - данные об изменениях в состоянии здоровья за межкомиссионный период, о проведенных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятиях.

10. В пункте 12 указываются сведения о временной нетрудоспособности за последние 12 календарных месяцев с указанием номеров листков нетрудоспособности, сроков выдачи, учреждения здравоохранения (амбулаторно, стационарно), диагноза заболевания, его шифра в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10), общей длительности временной нетрудоспособности (непрерывно, с перерывом), с обязательной отметкой в день направления на МСЭК «выписан к труду» или «продолжает болеть».

11. Пункт 13 заполняется в отделе кадров по месту работы больного или инвалида, направляемого на МСЭК, с отметкой об изменении профессии (должности), условий труда за последний год, в том числе по рекомендации МСЭК.

12. В пунктах 14-16 отражаются состояние больного на момент направления на МСЭК, данные о рентгенологических, лабораторных и других обследованиях (при необходимости – в динамике) с указанием дат их проведения.

13. В пункте 17 указывается диагноз и его шифр (в соответствии с МКБ-10) при направлении больного на МСЭК: основного и сопутствующих заболеваний с указанием стадии, характера и тяжести течения, частоты обострений (пароксизмов), развившихся осложнений, отражением степени выраженности функциональных нарушений и категории заболевания (травмы). Диагноз вписывается разборчиво, без сокращений, степень выраженности функциональных нарушений указывается словами.

14. В пункте 18 подчеркивается основание для направления больного на МСЭК, указывается клинический и трудовой прогноз.

15. Заполненная форма № 088/у заверяется подписями председателя врачебно-консультативной комиссии (далее – ВКК) и ее членов (фамилия, имя, отчество), печатью учреждения здравоохранения с указанием даты.

16. Приложение к форме № 088/у «План реабилитационных мероприятий» заполняется лечащим врачом с учетом нуждаемости больного или инвалида в том или ином виде реабилитационных мероприятий, утверждается на заседании ВКК, заверяется подписью и личной печатью лечащего врача, подписью председателя и печатью ВКК.

17. К форме № 088/у прилагаются:

17.1. подробная выписка из формы первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № \_\_\_\_» (в произвольной форме);

17.2. оригиналы эпикризов из формы первичной учетной документации формы № 003/у «Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_»;

17.3. лист осмотров врачами-специалистами (терапевт, хирург, отоларинголог, окулист, гинеколог – для женщин; другие врачи-специалисты в соответствии с имеющейся патологией);

17.4. при переосвидетельствовании – индивидуальная программа реабилитации инвалида с отметками о выполнении рекомендованных мероприятий;

17.5. заверенная копия трудовой книжки;

17.6. производственная характеристика;

17.7. консультативные заключения специалистов республиканских учреждений здравоохранения, районных, городских, республиканских специалистов (по форме № 028/у);

17.8. для больных с онкологической патологией при отсутствии гистологического или цитологического подтверждения диагноза – заключение консилиума;

17.9. документы, необходимые для установления причины инвалидности в соответствии с требованиями Положения о медико-социальной экспертизе:

17.9.1. инвалидность вследствие несчастного случая на производстве устанавливается при наличии оригинала (нотариально заверенной копии) акта о несчастном случае на производстве утвержденной формы или решения суда об установлении факта получения травмы на производстве; первичной медицинской документации; направления работодателя или

уполномоченного им органа, или профсоюзной организации предприятия, на котором пострадавший получил трудовое увечье, или отделения Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, суда или прокуратуры;

17.9.2. инвалидность вследствие профессионального заболевания устанавливается при наличии оригинала (нотариально заверенной копии) акта расследования хронического профессионального заболевания утвержденной формы; оригинала заключения специализированного учреждения здравоохранения, имеющего право устанавливать окончательный диагноз профессионального заболевания; направления работодателя или уполномоченного им органа, или профсоюзной организации предприятия, на котором пострадавший получил профессиональное заболевание, или отделения Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, суда или прокуратуры;

17.9.3. причинная связь инвалидности военнослужащих с пребыванием на фронте, с прохождением военной службы или исполнением обязанностей военной службы устанавливается на основании документов, выданных военно-медицинскими учреждениями, имеющими право устанавливать причинную связь травмы, ранения, заболевания с пребыванием на фронте или исполнением обязанностей военной службы (свидетельство о болезни, справка или постановление военно-врачебной комиссии); справки о ранении (при наличии); справки из военного комиссариата о службе в армии, в т.ч. о вхождении в состав действующей; акта судебно-медицинской экспертизы (при наличии); копии военного билета; копии удостоверения участника боевых действий (при наличии);

17.9.4. причинная связь инвалидности с заболеваниями, перенесенными в детстве, устанавливается при наличии документов учреждений здравоохранения, свидетельствующих о начале заболевания или травме, перенесенных до 18-летнего возраста;

17.9.5. инвалидность, наступившая до 18-летнего возраста вследствие ранения (контузии, травмы или увечья), связанного с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, или с их последствиями, устанавливается на основании медицинских документов, подтверждающих факт ранения или заболевания, или решения суда;

17.9.6. инвалидность, обусловленная последствиями аварии на ЧАЭС, влиянием радиоактивного излучения, устанавливается при наличии экспертного заключения межведомственного экспертного совета или постановления военно-врачебной комиссии о причинной связи заболеваний с

аварией на ЧАЭС, ядерными авариями, ядерными испытаниями, участием в военных учениях с использованием ядерного оружия; удостоверения участника ликвидации последствий аварии на ЧАЭС с отметкой о перерегистрации или удостоверения пострадавшего вследствие аварии на ЧАЭС, удостоверения пострадавшего ребенка серии «Д» и вкладыша к нему для пострадавших детей-инвалидов при достижении ими 18 лет.

18. По результатам освидетельствования больного (инвалида) и принятого решения МСЭК заполняет «Извещение учреждению здравоохранения о решении МСЭК», которое подписывается председателем МСЭК и возвращается в учреждение здравоохранения, направившего больного (инвалида) на МСЭК. «Извещение учреждению здравоохранения о решении МСЭК» хранится в форме первичной учетной документации № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного № \_\_\_\_» весь период ее хранения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                                 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---------------------------------|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, производства, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____<br><br>Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____<br><br>Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                                 |
| Форма первичной учетной документации<br><br><b>№ 089/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <b>012.1/285</b>  | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |  |  |                                 |
| 1   | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |   |  |  |                                 |

|   |   |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>ИЗВЕЩЕНИЕ</b><br><b>о больном с впервые в жизни установленным диагнозом</b><br><b>трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы</b><br>«  » _____ 20  г.<br>дата заполнения извещения          |   |  |  |  |  |  |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество больного _____  |   |  |  |  |  |  |  |
| 2. Пол: м. – 1, жен. – 2 <input type="checkbox"/>   | 3. Возраст _____ 4. Дата обращения <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table><br>(число, месяц, год) |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |
| 5. Адрес больного: населенный пункт _____<br>город _____ район _____<br>улица _____ дом № _____ кв. № _____   |   |  |  |  |  |  |  |
| 6. Место работы _____   |   |  |  |  |  |  |  |
| 7. Специальность _____  |   |  |  |  |  |  |  |
| 8. Инвалид (да, нет) – подчеркнуть  |   |  |  |  |  |  |  |
| 9. Житель города – 1, села – 2 <input type="checkbox"/>   |   |  |  |  |  |  |  |
| 10. Детальный диагноз _____<br>_____ код по МКБ-10 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>  |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |
| 11. Диагноз установлен: при обращении – 1, при профосмотре – 2, при обследовании в стационаре – 3, при обследовании контактов – 4, посмертно – 5, другое – 6 (вписать) _____ <input type="checkbox"/> |   |  |  |  |  |  |  |
| 12. Диагноз подтвержден лабораторным исследованием – 1, рентгенологически – 2, клинически – 3, другое – 4 (вписать) _____ <input type="checkbox"/>  |   |  |  |  |  |  |  |
| 13. Учреждение здравоохранения, куда направлен больной _____<br>«  » _____ 20  г.<br>дата отправки  |   |  |  |  |  |  |  |
| Врач, заполнивший извещение _____<br>(подпись)  |   |  |  |  |  |  |  |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 089/у**  
**«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом**  
**трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 089/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы» (далее – форма № 089/у).

2. Форма № 089/у заполняется врачами всех учреждений здравоохранения системы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики и других лечебно-профилактических учреждений, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности и независимо от специальности врача, места работы: в больницах, поликлиниках, диспансерах, патологоанатомических бюро, бюро судмедэкспертизы, санаториях и т.п., независимо от условий выявления заболевания: при обращении по поводу заболевания, профосмотре, обследовании в стационаре и т.п. на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено заболевание.

3. Средний медицинский персонал заполняет форму № 089/у только на больных чесоткой; при всех других заболеваниях больной направляется к врачу, который заполняет извещение в случае подтверждения диагноза.

4. Некоторые грибковые заболевания, чесотка могут регистрироваться неоднократно в течение жизни больного; каждое новое заболевание следует рассматривать как впервые выявленное, и на него обязательно заполняется форма № 089/у.

5. Заполненные формы № 089/у в трехдневный срок направляются в республиканский (городской) дерматовенерологический диспансер (дерматовенерологический кабинет ЦГБ, ЦРБ) по месту жительства больного.

6. По окончании месяца кожно-венерологические учреждения пересылают полученные извещения, а также заполненные в самих специализированных диспансерах (кабинетах) в республиканский (городской) диспансеры, которые ведут территориальный реестр (картотеку)

больных грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой, проводят разработку зарегистрированной патологии.

7. Форма № 089/у является основным учетным документом при составлении форм отраслевых статистических отчетов № 9, № 9-к «Отчет о заболеваниях, передающихся преимущественно половым путем».

8. В случае ведения формы № 089/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

9. Срок хранения формы № 089/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |
|--|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____<br><br>Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____<br><br>Идентификационный код | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>   |
|  | Форма первичной учетной документации<br><br><b>№ 089-1/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br>  1   9   0   8   2   0   1   5   №   012.1/285 |

|  |   |
|--|---|
| <b>ИЗВЕЩЕНИЕ</b><br><b>о случае заболевания сифилисом, гонококковой, хламидийной инфекцией,</b><br><b>урогенитальным микоплазмозом и трихомониазом</b><br>« ____ » _____ 20 ____ г.<br>(дата заполнения)   |   |
| Извещение направлено в _____<br>(наименование учреждения здравоохранения)  |   |
| 1. Фамилия, имя, отчество больного _____   |   |
| 2. Дата рождения                <br>(число, месяц, год)  | 3. Пол: муж. – 1, жен. – 2 <input type="checkbox"/> |
| 4. Место жительства больного: населенный пункт _____<br>город _____ район _____<br>улица _____ дом № _____ кв. № _____   |   |
| 5. Проживает в: городе – 1, селе – 2 <input type="checkbox"/>  |   |
| 6. Диагноз заболевания _____   |   |
| 7. Дата постановки диагноза                 код по МКБ-10  |   |
| 8. Диагноз поставлен во время: обращения к врачу – 1, при профилактическом осмотре – 2, обследовании в больнице – 3, обследовании доноров – 4, обследовании беременных – 5, обследовании лиц, которые доставлены сотрудниками МВД – 6, обследования контактных лиц – 7, другое (вписать) _____ |   |
| 9. Диагноз поставлен: врачом: дерматовенерологом – 1, урологом – 2, акушером-гинекологом – 3 <input type="checkbox"/>  |   |
| 10. Диагноз подтвержден: лабораторным исследованием – 1, клинически – 2, другое – 3 (вписать) _____ <input type="checkbox"/>   |   |
| 11. Дата отправки извещения « ____ » _____ 20 ____ г. <input type="checkbox"/>   |   |
| Фамилия, имя, отчество врача, заполнившего извещение _____   |   |
| номер контактного телефона _____   |   |
| _____<br>(подпись)   |   |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 089-1/у**  
**«Извещение о случае заболевания сифилисом, гонококковой,**  
**хламидийной инфекцией, урогенитальным микоплазмозом и**  
**трихомониазом»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 089-1/у «Извещение о случае заболевания сифилисом, гонококковой, хламидийной инфекцией, урогенитальным микоплазмозом и трихомониазом» (далее – форма № 089-1/у). Форма № 089-1/у является основной учетной формой для регистрации заболеваний, передающихся преимущественно половым путем.

2. Форма № 089-1/у заполняется врачами-дерматовенерологами, акушерами-гинекологами, урологами и другими врачами учреждений здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности.

3. Форма № 089-1/у заполняется врачами только в случае выявления и подтверждения диагноза болезни, передающейся преимущественно половым путем, независимо от обстоятельств выявления заболевания: при самостоятельном обращении, профилактическом осмотре, при обследовании в соматическом стационаре; обследовании доноров, беременных, контактных и тому подобное.

4. В случае подозрения на болезнь, передающуюся преимущественно половым путем, семейными врачами, акушерами, фельдшерами и другим средним медицинским персоналом извещение не составляется, а больной направляется в территориальное дерматовенерологическое учреждение (кабинет). Направление регистрируется в специальном журнале и ежемесячно не позднее 2-го числа месяца списки таких больных направляются в дерматовенерологические учреждения (кабинеты).

5. Форма № 089-1/у составляется врачом на каждое первичное обращение больного за медицинской помощью в данном календарном году по поводу болезни, передающейся преимущественно половым путем. Форма № 089-1/у в течение 24 часов направляется в территориальное дерматовенерологическое учреждение (республиканский, городской диспансеры) по почте в запечатанном конверте или нарочным. Форма № 089-1/у регистрируется врачом в специальном журнале с указанием даты установления диагноза, даты подачи извещения и адреса, куда отправлена форма.

6. Дерматовенерологические диспансеры должны вести учет полученных извещений, шифровать их согласно МКБ-10 и использовать для составления форм отраслевых статистических отчетностей № 9 «Отчет о заболеваниях сифилисом, гонококковой инфекцией и другими болезнями, передающимися преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой» и № 34 «Отчет о контингенте больных сифилисом, гонококковой инфекцией и другими болезнями, передающимися преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой».

7. В случае ведения формы № 089-1/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

8. Срок хранения формы № 089-1/у – 3 года после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

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

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

Идентификационный код \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 089-2/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

1 9 0 8 2 0 1 5 № 012.1/285

**ИЗВЕЩЕНИЕ****о зарегистрированном случае активного туберкулеза (ТБ)**

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

дата заполнения извещения

**1. Фамилия, имя, отчество больного**

2. Пол: м. – 1, жен. – 2 ☐

3. Возраст \_\_\_\_\_

4. Дата регистрации

(ЦВКК/зон. ВКК)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

5. Адрес больного (факт): населенный пункт \_\_\_\_\_  
город \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_

6. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

7. Специальность \_\_\_\_\_

8. Инвалид (да, нет) – подчеркнуть

9. Городской житель – 1, сельский – 2 ☐

10. Диагноз (легочный, внелегочный) нужное подчеркнуть,

Тип случая

ВДТБ–1, Рецидив ТБ–2, Др. повт. случай ТБ–3, МРТБ (впервые)–4, Рецидив МРТБ–5, Др. повт. случай МРТБ–6 ☐

Полный диагноз (униф. аббрев.) \_\_\_\_\_

код по МКБ-10

11. ТБ (в т.ч. повторный случай) выявлен при: обращении в ОЛС – 1, профосмотре в ОЛС – 2, диспансерном осмотре у фтизиатра – 3, в стационаре нетуберкул. профиля – 4, обследовании контактов – 5, посмертно – 6, в ходе клинического мониторинга – 7, другое – 8 (вписать) ☐

12. Диагноз ТБ (активный) подтвержден (культурально – 1, бактериоскопически – 2, ПЦР – 3, гистологически – 4, рентгенологически – 5, клинически – 6, другое – 7 (все нужные цифры обвести) ☐

Примечания: \_\_\_\_\_

**13. Учреждение здравоохранения, куда больной направлен для начала лечения**

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

дата отправки

Врач, заполнивший извещение \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 089-2/у**  
**«Извещение о зарегистрированном случае активного туберкулеза (ТБ)»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 089-2/у «Извещение о зарегистрированном случае активного туберкулеза (ТБ)» (далее – форма № 089-2/у).

2. Форма № 089-2/у заполняется исключительно врачами специализированных противотуберкулёзных учреждений (структур) здравоохранения системы Министерства здравоохранения и других служб и ведомств Донецкой Народной Республики, независимо от их подчиненности и формы собственности, которые непосредственно представляли (очно/заочно) больного на туберкулезную центральную врачебно-консультативную комиссию (далее – ТБ-ЦВКК), включая её зональные филиалы, а именно: врачами тубстационаров, участковыми, городскими, районными фтизиатрами. Кроме того, форма № 089-2/у заполняется специалистами патологоанатомических бюро и бюро судмедэкспертизы, если диагноз ТБ впервые в жизни устанавливается по результатам вскрытия.

3. Форма № 089-2/у заполняется на все зарегистрированные (подтверждённые ТБ-ЦВКК, включая её филиалы) типы случаев активного ТБ (новые, рецидивы, другие повторные), в т.ч. обычного (1-3 учётные категории) и химио(мульти)резистентного ТБ (4 учётная категория), в соответствии с критериями для определения типа случая в отраслевом Стандарте по оказанию противотуберкулёзной помощи населению.

4. Форма № 089-2/у заполняется и направляется в Республиканскую клиническую туберкулёзную больницу (информационно-аналитический отдел) и городскому/районному фтизиатру по месту жительства больного (если больной на момент регистрации находится в тубстационаре) в трехдневный срок от момента подтверждения установленного диагноза (типа случая) активного ТБ на ЦВКК (включая её зональные филиалы), в т.ч. при изменении ранее установленного типа случая.

5. Форма № 089-2/у является основным учетным документом для заполнения регионального «Журнала регистрации случаев ТБ в \_\_\_\_\_ городе/районе ТБ 03» и составления форм отраслевой статистической отчетности № 4 «Отчёт о количестве всех зарегистрированных случаев ТБ



I, II и III категорий (по данным микроскопии и/или культурального обследования) ТБ 07/квартальная/» и № 4-2 «Отчёт о количестве случаев химиорезистентного ТБ, подтверждённых и/или приступивших к лечению по категории 4.1–4.3 в отчётном квартале ТБ 07-МРТБ».

8. В случае ведения формы № 089/-2у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

9. Срок хранения формы № 089-2/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

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

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

Идентификационный код 

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 100/y

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 № 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | . | 1 | / | 2 | 8 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**АКТ****СТАЦИОНАРНОЙ, АМБУЛАТОРНОЙ, ЗАОЧНОЙ, ПОСМЕРТНОЙ (подчеркнуть)  
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ № \_\_\_\_\_**

1. Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_ 2. Время проведения экспертизы \_\_\_\_\_  
(дата заседания экспертной комиссии) (время начала заседания экспертной комиссии)

3. Место проведения экспертизы \_\_\_\_\_

4. Вид экспертизы: ☐

судебно-психиатрическая – 1  
комплексная судебная психолого-  
психиатрическая – 2

6. Организационные признаки экспертизы: ☐

единоличная – 1  
комиссионная – 2

5. Процессуальные признаки экспертизы ☐

первичная – 1  
повторная – 2  
дополнительная – 3

7. Форма проведения экспертизы: ☐

стационарная – 1  
амбулаторная – 2  
посмертная – 3

8. Фамилия, имя, отчество лица, в отношении которого проводится экспертиза \_\_\_\_\_

9. Дата рождения 

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

10. Пол: муж. – 1; жен. – 2 ☐

11. Статус лица, в отношении которого проводится экспертиза: ☐

подозреваемый – 1 истец – 7

обвиняемый – 2 ответчик – 8

подсудимый – 3 лицо, в отношении которого решается

свидетель – 4 вопрос о недееспособности – 9

потерпевший – 5

осужденный – 6

лицо, в отношении которого решается  
вопрос ограничения дееспособности – 10  
осужденный – 11  
признание сделки недействительной – 12  
другой статус – 13

12. Дело, по которому проводится экспертиза: ☐

гражданское – 1, уголовное – 2, административное – 3, хозяйственное – 4

Статья (статьи), по которой (которым) возбуждено уголовное дело: \_\_\_\_\_

Гражданское дело \_\_\_\_\_

13. Основания для проведения экспертизы: \_\_\_\_\_

14. Экспертиза проведена экспертом (экспертами):

Председатель комиссии \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Докладчик \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

15. Об ответственности за дачу заведомо ложного заключения эксперт (ы) предупрежден (ы)

16. Лица, присутствующие при проведении экспертизы:

17. Перед экспертами были представлены следующие вопросы:

1.

2.

3.

4.

18. На экспертизу представлены и использованы при ее проведении следующие материалы:

19. Обстоятельства дела (заполняется с учетом специфики производства – уголовного, гражданского/искового, особого/, либо в отношении осужденного/ в том случае указывается суд, которым назначено наказание, статья, по которой осужден, срок, на который осужден, дата, с которой отсчитывается наказание, длительность отбытого наказания, выводы психиатрического осмотра в исправительном учреждении/:

20. Исследовательская часть (сведения, касающиеся психического состояния подэкспертного, которые получены при исследовании представленных на экспертизу объектов).

Анамнестические сведения:

Соматический статус:

Неврологический статус

Психический статус:

Экспериментально-психологическое исследование (если проводилось)

21. Мотивировочная часть (обобщение и пояснение сведений о психическом состоянии лица, которые были установлены при исследовании объектов экспертизы, обоснование диагностических и экспертных выводов).

22. Выводы (ответы на каждый поставленный вопрос, указанный в пункте 17)

1.

2.

3.

4.

23. Подпись(и) эксперта(ов)

Председатель комиссии

Члены комиссии:

Докладчик



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 100/у  
«Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной (подчеркнуть)  
судебно-психиатрической экспертизы № \_\_\_\_»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 100/у «Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной (подчеркнуть) судебно-психиатрической экспертизы № \_\_\_\_» (далее – форма № 100/у). Форма № 100/у предусмотрена процессуальным законодательством и нормативно-правовыми документами, регулирующими судебно-экспертную деятельность, письменный документ, который является доказательством по делу.

2. Форма № 100/у включает в себя вводную, исследовательскую, мотивировочную части и выводы (ответы на вопросы, поставленные лицом /органом/, назначившим экспертизу).

3. В вводной части указывается где, когда, кем, и в связи с чем была проведена экспертиза, кто присутствовал при ее проведении, какие вопросы были поставлены перед экспертами, какие материалы были предоставлены и использованы при экспертном исследовании.

4. В исследовательской части приводятся сведения, касающиеся психического состояния подэкспертного, которые получены при исследовании представленных на экспертизу объектов – материалов уголовного (гражданского дела), медицинской документации и прочее, а также самого подэкспертного (при экспертизе живого лица). При этом приводятся анамнестические данные (включая период совершенного правонарушения либо юридически значимого события, на период которого оценивается психическое состояние лица), история развития психического расстройства, если оно имело место, описание соматического, неврологического и психического состояния подэкспертного, результаты дополнительных исследований, включая экспериментально-психологическое (если таковые проводились).

5. В мотивировочной части приводится обобщение и пояснение сведений о психическом состоянии лица, которые были установлены при исследовании объектов экспертизы, обоснование диагностических и экспертных выводов.

6. Выводы экспертизы (ответы на поставленные перед ней вопросы) должны высказываться и записываться в категоричной форме. Приблизительные (предположительные) выводы недопустимы.

7. Форма № 100/у составляется в 2-х экземплярах, подписывается всеми экспертами, которые участвовали в проведении экспертизы. Первый экземпляр направляется лицу /органу/, назначившему экспертизу, второй – остается в экспертном учреждении.

8. Форма № 100/у заверяется печатью экспертного учреждения, которая ставится непосредственно после подписей экспертов под выводами (ответами на вопросы) экспертизы.

9. В случае ведения формы № 100/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

10. Срок хранения формы № 100/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                                 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---------------------------------|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, производства, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____<br><br>Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____<br><br>Идентификационный код <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |                                 |
| Форма первичной учетной документации<br><br><b>№ 101/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <b>012.1/285</b>  | 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |  |  |                                 |
| 1   | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 |   |  |  |                                 |

**А К Т**  
**ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОСМОТРА ОСУЖДЕННОГО № \_\_\_\_\_**

На исследуемого \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, осужденного по ст. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ на срок \_\_\_\_\_

Срок наказания отсчитывается с \_\_\_\_\_

Психиатрический осмотр провела судебно-психиатрическая комиссия в амбулаторных, стационарных условиях (подчеркнуть) в составе:

Председателя комиссии \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Членов комиссии: \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Врача-докладчика \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

на основании постановления \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Основания для проведения судебно-психиатрического осмотра: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Оставшиеся разделы акта\* излагаются на следующих \_\_\_\_\_ листах.

\* Сведения о прошлой жизни (включая период совершения преступления и отбывания наказания), история развития психического расстройства, описание соматического, неврологического, психического состояния и результатов дополнительных исследования (психологического, инструментальных), если таковые проводились, обоснование диагноза.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 101/у**  
**«Акт психиатрического осмотра осужденного № \_\_\_\_\_»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 101/у «Акт психиатрического осмотра осужденного № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 101/у). Форма № 101/у является письменным медицинским документом, отражающим результаты психиатрического осмотра осужденного с целью определения, имеет ли осужденный психическое расстройство, которое может препятствовать дальнейшему отбыванию им наказания. Заключение прилагается к ходатайству администрации ИТУ, которое направляется в суд по месту расположения ИТУ для решения вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы в отношении осужденного, у которого при психиатрическом осмотре выявлено психическое расстройство с целью экспертно-диагностической оценки психического состояния этого осужденного, его способности по психическому состоянию отбывать наказание, нуждаемости в применении принудительных мер медицинского характера и виде этих мер.

2. Форма № 101/у состоит из введения, в котором указывается: где, когда, кем, и в связи с чем был проведен психиатрический осмотр; анамнеза жизни (сведений о прошлой жизни, включая период совершения преступления и отбывания наказания); истории развития психического расстройства; результатов психиатрического исследования, описания соматического, неврологического, психического состояния и результатов дополнительных исследований (психологического, инструментальных), если таковые проводились; диагностических выводов.

3. Форма № 101/у составляется в 2-х экземплярах, подписывается всеми членами комиссии, которые участвовали в проведении психиатрического осмотра осужденного. Первый экземпляр прилагается к ходатайству администрации ИТУ, которое направляется в суд для решения вопроса о назначении судебно-психиатрической экспертизы, второй – остается в медицинском учреждении, в котором проводился психиатрический осмотр и сохраняется там постоянно.

4. Форма №101/у заверяется печатью медицинского учреждения, в котором проводился психиатрический осмотр, которая ставится непосредственно после подписей членов врачебной психиатрической комиссии под диагностическими выводами этой комиссии.

5. В случае ведения формы № 101/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Срок хранения формы № 101/у – постоянно.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |  |
|--|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения<br><br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма<br><br>Идентификационный код | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  |
|  | Форма первичной учетной документации<br>№ 109/у<br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br>1 9 0 8 2 0 1 5 № 012.1/285 |

**Карточка вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_**

|   |  |  |  |     |                                |
|---|--|--|--|-----|--------------------------------|
| <b>ВРЕМЯ</b>  | Приема: часов ____ минут ____<br>Передачи: часов ____ минут ____<br>Выезда: часов ____ минут ____<br>Приезда: часов ____ минут ____<br>Окончания: часов ____ минут ____<br>Возвращения на подстанцию:<br>часов ____ минут ____ | « ____ » _____ 20 ____ года № _____  |  |     |                                |
|   | <b>ПЕРЕДАНО</b>  | Диспетчер № _____ Рабочее место № _____  |  |     |                                |
| подстанции № _____<br>бригаде СМП № _____<br>в поликлинику, пункт неотложной медпомощи, другое (указать)<br>тел. _____<br>регистр. № _____<br>Принял: _____<br>Передал: _____ |  | Повод к вызову: _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |  |     |                                |
|   | Диспетчер<br>направления № _____   | Адрес вызова:<br>Район (массив) _____ ул. _____<br>дом _____ корп. _____ кв. _____ подъезд _____ этаж _____ Вход с: улицы, двора<br><br>Дополнительные сведения о месте вызова<br>тел. _____ Фамилия _____<br>Возраст _____ Пол М/Ж Кто вызывает _____ |  |     |                                |
| Место госпитализации  |  | название и № ЛПУ<br>_____<br>Время прибытия<br>_____<br>Время убытия<br>_____  |  | АЗС | Время на АЗС<br>_____<br>_____ |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 109/у «Карточка вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы № 109/у «Карточка вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 109/у).

2. Форма № 109/у является первичным медицинским документом для регистрации обращений населения за скорой медицинской помощью.

3. Форма № 109/у заполняется фельдшером (сестрой медицинской)-диспетчером на каждое обращение (по телефону или лично) за скорой медицинской помощью в одном экземпляре, независимо от количества пострадавших лиц, принятия вызова или отказа.

4. Правая колонка карточки:

4.1. Проставляются дата и порядковый номер обращения за скорой медицинской помощью. Нумерация формы № 109/у проводится заранее на каждые сутки. Пронумерованные и с проставленной датой карточки выдаются диспетчеру для работы.

4.2. В строке «Диспетчер №\_\_\_\_» указываются номер диспетчера, который принимал вызов, справа – номер его рабочего места.

4.3. В строке «Повод к вызову» записываются данные со слов лица, вызывающего скорую помощь: причина обращения, количество пострадавших, по возможности, состояние больного или потерпевшего и тому подобное.

4.4. В строке «Адрес вызова» полностью указываются (при наличии таких сведений) адрес вызова, куда должна прибыть бригада скорой медицинской помощи (далее – бригада СМП), номер телефона, где находится лицо, его фамилия, возраст и пол, фамилия лица, вызывающего скорую медицинскую помощь.

4.5. В строке «Дополнительные сведения о месте вызова» отмечается дополнительная информация о месте вызова: куда вызывается бригада СМП, пути лучшего проезда к месту вызова, номер кода входных дверей и тому подобное.

4.6. В строке «Время выезда и возвращения» отмечается время выезда бригады СМП на вызов и возвращения бригады СМП на станцию.

4.7. В графе «диагноз руководителя бригады» пишется диагноз больного в соответствии с формой первичной учетной документации № 110/у «Карта выезда скорой медицинской помощи №\_\_\_\_\_».

4.8. В графе «Место госпитализации» содержится информация о том, в какое лечебное учреждение или другое место был доставлен пациент и время пребывания бригады СМП в ЛПУ.

5. Левая колонка карточки:

5.1. В графе «Время» отмечается время приема вызова (часы и минуты), передачи его бригаде СМП, выезда, приезда на вызов, окончания вызова и возврата бригады СМП на станцию.

5.2. В графе «Передано» указывается информация о месте передачи вызова: номер подстанции, номер бригады СМП, которой передан вызов, пункт неотложной медицинской помощи с указанием номера телефона, регистрационного номера и фамилии диспетчера станции скорой медицинской помощи, который передал вызов, диспетчера пункта неотложной медицинской помощи, который принял вызов.

5.3. В графе «Диспетчер направления» указывается рабочий номер диспетчера станции скорой медицинской помощи, который контролирует выполнение данного вызова.

6. В случае ведения формы № 109/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения формы № 109/у – 3 года.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|                                      |   |   |
|--------------------------------------|---|---|
| СТАНЦИЯ СКОРОЙ<br>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ | МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ<br>Форма первичной учетной документации<br>№ 110/у | УТВЕРЖДЕНО:<br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br>1   9   0   8   2   0   1   5   № 012.1/285 |
|--------------------------------------|---|---|

## КАРТА ВЫЕЗДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ №

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
| Адрес вызова                                    |                    |  |
| Повод к вызову                                  | Район              |  |
| Фамилия со слов<br>Имя из документа<br>Отчество | Печатными буквами  |  |
| Адрес лица                                      | Район              |  |
| Место работы                                    | Должность          |  |
| Страховой полис №                               | Страховая компания |  |

|                 |  |                   |          |
|-----------------|--|-------------------|----------|
| 1               | Возраст: дни   | месяц             | годы     |
| 2               | Пол: 1 - мужчина; 2 - женщина  |                   |          |
| 3               | Житель: 1 - города; 2 - села; 3 - другого государства  |                   |          |
| 4               | Социальное состояние: 1 - рабочий; 2 - служащий; 3 - ученик; студент; курсант; 4 - предприниматель; 5 - пенсионер; 6 - инвалид; 7 - иждивенец; 8 - фермер; 9 - не работает; 10 - беженец; 11 - военнослужащий  |                   |          |
| 5               | Дальнейшее пребывание лица:<br>1 - на месте; 2 - доставлен домой; 3 - в другое место (указать)<br>4 - по направлению СМП; 5 - по направлению других ЛПУ; 6 - доставлен в травмпункт, поликлинику; 7 - отказ от госпитализации; 8 - нетранспортабельный |                   |          |
|                 | В больницу № отделения   | Время с           | Диагноз  |
|                 | по   | принят, не принят | Дежурный |
|                 | врач   |                   |          |
|                 | В больницу № отделения   | Время с           | Диагноз  |
|                 | по   | принят, не принят | Дежурный |
|                 | врач   |                   |          |
| 6               | Сообщение:   | Телефон           | Время    |
|                 | Ст. врачу СМП  |                   | Принял   |
|                 | в поликлинику (ПНМП)   |                   |          |
|                 | в СЭС  |                   |          |
|                 | в РОВД   |                   |          |
|                 | в ГАИ  |                   |          |
|                 | в комендатуру  |                   |          |
|                 | Родственникам  |                   |          |
|                 | в стол справок СМП:  |                   |          |
|                 | в другое место   |                   |          |
|                 | С пациентом передано:  |                   |          |
|                 | Принял: Сдал:  |                   |          |
| Состав бригады: | Врач   | Фельдшер          |          |
|                 |  | Мл. м/сестра      |          |
|                 | Водитель   | Стажер            |          |
|                 | Сопровождающий   |                   |          |

|      |   |  |
|------|---|--|
| 7    | Личный № медработника   |  |
| 8    | Код подстанции  |  |
| 9    | Код бригады СМД   |  |
| 10   | Помощь по диагнозу: 1 - экстренная; 2 - неэкстренная  |  |
| 11   | Приема вызова   |  |
| 12   | Выезда на вызов: п/с, р/с, Т  |  |
| 13   | Прибытие на место   |  |
| 13.1 | Выезда на госпитализацию (другое)   |  |
| 14   | Окончание вызова  |  |
| 15   | Возвращение на станцию  |  |
|      | Километраж  |  |
| 16   | Тип выезда по диагнозу: 1 - несчастный случай; 2 - внезапное заболевание; 3 - роды; 4 - патология беременности; 5 - перевозка больного; 6 - хроническое заболевание; 7 - технологический выезд; 8 - дежурство; 9 - безрезультативный; 10 - перевозка из ЛПУ в др. ЛПУ |  |
| 17   | Обоснованность: 1 - профильный; 2 - непрофильный  |  |
| 18   | Место вызова: 1 - ЛПУ; 2 - квартира; 3 - другое (указать); 4 - общественное место; 5 - рабочее место; 6 - улица; 7 - учебное заведение  |  |
| 19   | Вызов: 1 - первичный; 2 - повторный; 3 - попутный; 4 - амбулаторный; 5 - по вызову бригады  |  |
| 20   | Обращения больного: 1 - не обращался; 2 - обращался на ССМП (сколько раз); 3 - обращался в др. ЛПУ  |  |
| 21   | Травма: 0 - нет; 1 - бытовая; 2 - уличная; 3 - криминальная; 4 - ДТП; 5 - производственная; 6 - спортивная; 7 - суицид; 8 - гололедица; 9 - военные действия  |  |
| 22   | Время от начала болезни: 1 - до 1 ч; 2 - от 1 до 3 ч; 3 - от 3 до 6 ч; 4 - от 6 до 12 ч; 5 - от 12 до 24; 6 - более 24 ч  |  |
| 23   | Алкоголь: (со слов) 1 - употреблял; 2 - не употреблял; 3 - неизвестно   |  |
| 24   | Результат: 1 - улучшение; 2 - без эффекта; 3 - ухудшение; 4 - смерть в присутствии; 5 - смерть до приезда; 6 - вызвана спецбригада; 7 - здоров; 8 - дежурство; 9 - другие перевозки; 10 - заправка автомобиля; 11 - доставка ЭКГ; 12 - успешная реанимация            |  |
| 25   | Безрезультативный выезд: 1 - не застали; 2 - адрес не найден; 3 - не доехали; 4 - не вызывали; 5 - обслужен до приезда; 6 - отказ от медицинской помощи   |  |
| 26   | ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:  |  |
|      | Код МКБ - 10  |  |

Согласен с предложенным лечением. Подпись \_\_\_\_\_

|       |  |
|-------|--|
| ОТКАЗ | Я, _____ отказываюсь от / медицинской помощи / транспортировки / (подчеркнуть), рекомендованные мне медицинским персоналом, понимая последствия такого отказа. Подпись лица _____<br>Свидетель _____ Свидетель _____ |
|-------|--|



Дата заболевания \_\_\_\_\_ Начало заболевания (Время) \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

АНАМНЕЗ ☐ ИБС ☐ ГБ ☐ ОИМ когда \_\_\_\_\_ ОНМК когда \_\_\_\_\_ Судороги ☐ Диабет ☐ БА ☐ Онко ☐  
Аллергия ☐ Нет ☐ Да \_\_\_\_\_ ☐ Акушерско-гинекологический \_\_\_\_\_

☐ Вир. гепатит ☐ Туберкулез ☐ Чесотка ☐ Педикулез

**ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ** **Общее состояние** ☐ Удовлетворительн. ☐ Среднее ☐ Тяжелое ☐ Очень тяжелое ☐ Терминальное ☐ С ☐  
**Сознание** ☐ Ясное ☐ Оглушение ☐ Стопор ☐ Кома по ШГ ☐ ТШ ☐ **Поведение** ☐ спокоен ☐ возбужден ☐ агрессивен  
**Положение** ☐ активное ☐ пассивное ☐ вынужденное ☐ Зев ☐  
**Кожа** ☐ обычная ☐ гиперемия ☐ бледная ☐ иктеричная ☐ цианоз ☐ сухая ☐ влажная ☐ холодная ☐ высыпания  
**Артериальное давление** \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. **Постоянное** \_\_\_\_\_ мм.рт.ст. **Пульс** \_\_\_\_\_ мин. **Характеристика** \_\_\_\_\_ **Дефицит пульса** \_\_\_\_\_  
**Тоны сердца** ☐ ритмичные ☐ аритмичные ☐ ясные ☐ глухие ☐ акцент \_\_\_\_\_ тона на \_\_\_\_\_ шум \_\_\_\_\_ **Шоковый индекс** \_\_\_\_\_  
**Частота дыхания** \_\_\_\_\_ мин. **Одышка** ☐ экспираторная ☐ инспираторная ☐ смешанная ☐ **Периферические отеки** \_\_\_\_\_  
**Дыхание** ☐ свободное ☐ поверхност. ☐ терминальное ☐ везикулярное ☐ хрипы ☐ сухие ☐ справа ☐ крепитация \_\_\_\_\_  
☐ затрудненное ☐ глубокое ☐ апное ☐ жесткое ☐ ослабленное ☐ влажные ☐ слева ☐ шум трения плевры

Дополнительно \_\_\_\_\_

**Живот** ☐ участие в акте дыхания ☐ мягкий ☐ напряжен ☐ безболезнен ☐  
**Печень** нижний край относительно реберной дуги ☐ не выступает ☐ выступает на \_\_\_\_\_ см. **Перистальтика** ☐ да ☐ нет  
**Симптомы раздражения брюшины** ☐ нет ☐ да **Диурез со слов** \_\_\_\_\_ **Опорожнение со слов** \_\_\_\_\_  
**Другие симптомы** \_\_\_\_\_

**Неврологический статус:** **Зрачки** ☐ норма ☐ миоз ☐ мидриаз ☐ анизокория D S **Реакция на свет** ☐ да ☐ нет **Глазные яблоки отведены** \_\_\_\_\_  
**Нистагм** ☐ нет ☐ да (указать) \_\_\_\_\_ **Речь** ☐ сохранена ☐ нарушена ☐ отсутств. **Глотание** ☐ свободное ☐ нарушенное  
**Лицо** ☐ симметричное ☐ асимметричное, носогубная складка сглажена \_\_\_\_\_ **Девияция языка** \_\_\_\_\_ **Прикус языка** ☐ нет ☐ да  
**Патологические рефлексы** \_\_\_\_\_ **Тонус мышц D S** \_\_\_\_\_ **Менинг. знак** ☐ нет ☐ да ☐ сомнительн.  
**Плегии, параличи** \_\_\_\_\_ **Дополнительно** \_\_\_\_\_

**Повреждения при травме (обвести номер и описать):** 1.Внешнее кровотечение (капиллярное, венозное, артериальное) 2.Ожог (термический, химический, электрический)  
3.Электротравма 4.Ампутация 5.Огнестрельное ранение 6.Ножевое ранение 7.Пневмоторакс (открытый, закрытый, напряженный) 8.Длительное сдавление  
9.Падение с высоты 10.Травма головы 11.Травма позвоночника 12.Внутренние повреждения 13.Переломы/Вывихи 14.Повреждение мягких тканей  
15.Другое(указать) \_\_\_\_\_

**Описание ЭКГ, глюкоза крови (ммоль/л) и т.п.:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ОКАЗАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА (название, доза, путь введения):**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ингаляция О 2 _____ л/хв  |  |
| <input type="checkbox"/> СЛР Начало _____  |  |
| Окончание _____  |  |
| <input type="checkbox"/> ИВЛ (метод) _____   |  |
| <input type="checkbox"/> НМС _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Интубация трахеи _____  |  |
| <input type="checkbox"/> ДЕФ количество раз _____  |  |
| <input type="checkbox"/> ЭКС _____ частота _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Пункция ЦВ _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Пункция плевральной полости _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Первичная обработка раны _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Остановка кровотечения (метод) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Шейный воротник _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Иммобилизация конечностей _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Длинная доска _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Промывание желудка _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Катетеризация мочевого пузыря _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Очистительная клизма _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Прочее _____  |  |
| <input type="checkbox"/> В/В <input type="checkbox"/> В/М <input type="checkbox"/> П/К <input type="checkbox"/> Per / os |  |

**Состояние после оказания помощи:**

**Общее состояние** \_\_\_\_\_

**АД** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **мм.рт.ст.** **Пульс** \_\_\_\_\_ **мин.** **t°C** \_\_\_\_\_ **ЧД** \_\_\_\_\_

**по ШГ** \_\_\_\_\_ **баллов** **ТШ** \_\_\_\_\_ **баллов**

**Транспортировка пациента (подчеркнуть) пешком на носилках на руках** \_\_\_\_\_

**Подпись руководителя бригады** \_\_\_\_\_

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учётной  
медицинской документации № 110/у «Карта выезда скорой  
медицинской помощи № \_\_\_\_\_»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учётной документации № 110/у «Карта выезда скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 110/у).

2. Форма № 110/у заполняется руководителем бригады скорой медицинской помощи (далее – бригада СМП) на каждый выезд, а также на каждого пациента, которому была оказана медицинская помощь.

3. В форме № 110/у не допускаются исправления.

4. Пункты, в которых предусмотрено кодирование в клетках, кодируются арабскими цифрами.

5. Пункты, в которых предусмотрен выбор предложенного варианта в клетках, обозначаются значком V.

6. В паспортной части формы № 110/у указывается номер, за которым зарегистрировано обращение на станцию скорой медицинской помощи, и дата приема вызова диспетчером станции скорой медицинской помощи, которые должны совпадать с реквизитами формы первичной учётной документации № 109/у «Карточка вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_».

7. В случае оказания медицинской помощи бригадой СМП на одном вызове нескольким лицам формы № 110/у нумеруются одним номером вызова, а в графе № после буквы А указывается порядковый номер обслуженного вызова, начиная с единицы.

«Например: выезд на массовое отравление. Вызов за № 1764, бригада регистрирует первого пациента по этому номеру. На второго пациента форма № 110/у регистрируется по номеру № 1764 – А1, на 30-го пациента – № 1764 – А29».

«Например: в случае выезда на дежурство первая форма № 110/у заполняется как дежурство по номеру, который записан диспетчером станции скорой медицинской помощи (№ 1235), и кодируется в пункте 16 как дежурство (8), в пункте 24 – дежурство (8). На первого пациента на дежурстве заводится новая форма № 110/у, которая нумеруется № 1235 – А1, на восемнадцатого – № 1235 – А18».



Такая же нумерация проводится в случаях обслуживания попутных обращений непосредственно к бригаде.

8. Число, месяц и год указываются только арабскими цифрами.

9. Адрес и повод к вызову указываются так, как они были зарегистрированы при приеме вызова. В случае изменения адреса вызова уточненный адрес указывается в скобках.

«Например: просп. Науки, д. 8, кв. 24 (после уточнения – просп. Науки, д. 18, кв. 42)».

10. Фамилию, имя и отчество пациента необходимо записывать разборчиво печатными буквами так, как они записаны в документе, удостоверяющем его личность (паспорте и пр.), в случае отсутствия любого документа со слов лица или свидетелей.

В этом пункте необходимо подчеркнуть, откуда получена информация: со слов или из документа.

11. В пункте «Адрес лица» указывается место жительства согласно паспортным данным, либо адрес места нахождения; в случае отсутствия любого документа, подтверждающего его личность, – со слов пациента или свидетелей.

Если пациент проживает в другом населенном пункте или является гражданином другого государства, в пункте «Адрес лица» указываются населенный пункт и место проживания или сведения из документов (паспорта и т.п.).

12. В пунктах «Место работы», «Должность» указываются (при наличии таких сведений) наименование учреждения, организации, где работает пациент, занимаемая должность (профессия), или указывается название учебного заведения, где обучается (факультет, курс, класс). Если человек не работает (не учится), в строке указывается: «не работает».

13. В случае нарушения сознания паспортные и другие данные пациента записываются из имеющихся документов или со слов свидетелей.

14. В случае невозможности установить паспортные данные лица пункт «Фамилия, имя, отчество» не заполняется и остается свободным, а на обратной стороне карты в пунктах «Жалобы» и «Анамнез» указываются примерный рост, телосложение человека (умершего), цвет его волос и глаз, особые приметы, описание одежды, обуви и т.д.

15. В случае, если лицо застраховано, в пунктах «Страховой полис №» и «Страховая компания» указываются номер страхового полиса и название страховой компании.

16. В пункте 1 «Возраст» указывается полный возраст пациента в соответствующих клетках «годы». Если возраст лица выяснить невозможно, он определяется примерно по медико-возрастным признакам со значком «~».

Возраст детей до одного года кодируется в клетках «месяц», в которых проставляется количество месяцев.

Возраст детей до одного месяца кодируется в клетках «дни», в которых проставляется количество дней.

Полную дату рождения (число, месяц и год) необходимо вписывать (вверху над пунктом «Возраст») в случае выезда к детям в возрасте до трех лет, а также пациентам с диагнозом «острый инфаркт миокарда» и «острое нарушение мозгового кровообращения».

17. С целью детализации сведений о пациенте в пунктах 2, 3, 4 в клетках справа проставляется соответствующая цифра.

18. В пункте 5 «Дальнейшее пребывание пациента» кодируется информация о дальнейшем месте пребывания пациента после оказания медицинской помощи: 1 – проставляется, если пациент остается на месте вызова; 2 – если после оказания медицинской помощи доставлен домой по месту жительства; 3 – если пациент доставлен в другое место, которое необходимо указать (в квартиру к родным, знакомым и т.п.); 4 – если доставлен по направлению бригады на основании формы первичной учетной документации № 114/у «Сопроводительный листок № \_\_\_\_\_. Талон к сопроводительному листку № \_\_\_\_\_» (далее – сопроводительный листок); 5 – в случае перевозки пациента исключительно по направлению другого учреждения здравоохранения (указывается наименование учреждения); 6 – если пациент доставлен в учреждение здравоохранения (травмпункт, медпункт, поликлинику и т.п.) без оформления сопроводительного листка; 7 – если пациент отказывается от госпитализации, несмотря на то, что его состояние требует пребывания в стационаре; цифра 8 – если состояние пациента не позволяет осуществить транспортировку больного.

Время прибытия в учреждение здравоохранения и время отъезда указываются в пункте 5 «Дальнейшее пребывание лица» руководителем бригады по факту.

Дежурный врач приемного отделения (отделения экстренной, неотложной медицинской помощи) учреждения здравоохранения, который принимает пациента или же отказывает в его госпитализации, делает соответствующую запись (диагноз или обоснование отказа) в пункте 5 «Дальнейшее пребывание пациента», указывает свою фамилию и ставит подпись.

В случае, если пациент был осмотрен в приемном отделении (отделении экстренной, неотложной медицинской помощи) учреждения здравоохранения несколькими специалистами, на обратной стороне карты в свободном месте руководителем бригады указываются время осмотра и диагноз, поставленный после осмотра пациента каждым специалистом.

В случае, если бригада СМП оставляет человека в учреждении здравоохранения без личной подписи, в карте дежурного врача, который принимал пациента, руководитель бригады СМП в строке «Диагноз» пункта 5 «Дальнейшее пребывание лица» указывает причину отсутствия подписи дежурного врача приемного отделения (отделения экстренной, неотложной медицинской помощи) учреждения здравоохранения и в пункте 6 «Сообщение» указывает фамилию, телефон и время сообщения ответственному лицу станции (старшему дежурному врачу оперативного отдела), которое дало разрешение бригаде оставить человека в этом учреждении здравоохранения.

19. В пункте 6 «Сообщение» в соответствующей строке необходимо указать, кому передана информация о пациенте, с обязательным указанием номера телефона, времени передачи сообщения, фамилии лица, принявшего информацию.

В строке «С пациентом передано» руководитель бригады СМП должен составить перечень документов и материальных ценностей пациента и передать их дежурному медицинскому работнику приемного отделения учреждения здравоохранения с обязательной подписью в строке «Принял», а руководителю бригады СМП поставить подпись в строке «Сдал» в случае, если лицо доставлено в учреждение здравоохранения в тяжелом состоянии или в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, или с расстройством сознания, а также в случае смерти лица в присутствии бригады СМП.

20. В пункте «Состав бригады» в соответствующих строках указываются фамилии и инициалы членов бригады СМП, в т.ч. стажера (интерна).

В строке «Сопровождающий» указывается фамилия лица, который сопровождал пациента во время его транспортировки в учреждение здравоохранения.

21. В пункте 7 «Личный № медработника» в клетках указывается личный табельный номер руководителя бригады СМП.

Например: табельный номер работника - 674:

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 6 | 7 | 4 |
|--|---|---|---|

22. В пункте 8 «Код подстанции» указывается номер подстанции. Например: подстанция № 9:

|  |   |
|--|---|
|  | 9 |
|--|---|

23. В пункте 9 «Код бригады» проставляется код бригады СМП. Кодирование бригад осуществляется в соответствии с утвержденными кодами.

Последняя цифра справа обозначает тип бригады:

- врачебная общепрофильная – 1;
- специализированная – 2;
- фельдшерская – 4;
- фельдшерская врачебная бригада, которая стала фельдшерской в связи с неукомплектованностью врачом. – 6,

Перед цифрой, которая определяет тип бригады, проставляется порядковый номер бригады, который присвоен ей на подстанции.

Например:

- десятая общепрофильная врачебная бригада любой подстанции

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 1 | 0 | 1 |
|--|---|---|---|

- семнадцатая фельдшерская бригада любой подстанции:

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 1 | 7 | 4 |
|--|---|---|---|

- пятая общепрофильная врачебная бригада, которая стала фельдшерской в связи с отсутствием врача:

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | 5 | 6 |
|--|--|---|---|

- одиннадцатая специализированная бригада, которая стала фельдшерской в связи с отсутствием врача, кодируется как фельдшерская:

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 1 | 1 | 6 |
|--|---|---|---|

- одиннадцатая специализированная бригада при отсутствии врача специалиста, если ее возглавляет врач, кодируется как врачебная общепрофильная:

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 1 | 1 | 1 |
|--|---|---|---|

24. В пункте 10 «Помощь по диагнозу» цифра 1 проставляется, если диспетчер принял вызов на: несчастные случаи и все виды травм (ранения, переломы, ожоги, тяжелые ушибы, травмы головы, другие травмы); поражения электрическим током; тепловой удар; асфиксии всех видов (утопление, попадание инородных тел в дыхательные пути, удушье); сильные кровотечения всех видов; повреждения при чрезвычайных ситуациях; внезапное ухудшение состояния (потеря сознания, острые нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной систем, аллергические реакции немедленного типа, судороги, острая боль в животе и т.п.), которые повлекли ограничение дееспособности и требует медицинского сопровождения во время транспортировки; роды, осложнения беременности; транспортировка лиц по вызову медицинского работника (за исключением плановой госпитализации) при наличии медицинских показаний для экстренной госпитализации в учреждение здравоохранения. Цифра 2 – в случаях, когда лицо не нуждается в оказании экстренной медицинской помощи.

25. В пунктах 11-15 «Время» проставляются время приема вызова, который записан диспетчером станции скорой медицинской помощи; время выезда бригады на вызов; в строке «Время выезда на вызов» следует подчеркнуть «п/с» – если вызов получен со станции (подстанции), «т/с» – если вызов получен по радиосвязи, «Т» – если вызов получен по телефону; время момента прибытия на место вызова (исключительно по указанию диспетчера); время выезда бригады на госпитализацию или в другое место (исключительно по указанию диспетчера); время окончания обслуживания вызова и время прибытия бригады на станцию, если после этого вызова бригада вернулась на станцию (также исключительно по указанию диспетчера).

Часы вписываются в первые две клетки, а минуты – в следующие две.

Например: 03 часа.13 мин.

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 1 | 3 |
|---|---|---|---|

Если после окончания вызова бригада была направлена на следующий вызов, клетки строки «Время возвращения на станцию» остаются незаполненными.

В случае возвращения бригады на станцию в строке «Время возвращения на станцию» указывается время возвращения на станцию (исключительно по указанию диспетчера).

Если после окончания вызова или во время обслуживания вызова бригадой за медицинской помощью обратились другие лица, руководитель бригады СМП обязательно должен сообщить об этом диспетчеру, и в основной карте в строке «Время окончания вызова» проставить время окончания вызова по факту; на другое лицо заполняется за тем же номером новая карта с буквой А, где время, указанное в строке «Время принятия вызова», должно совпадать со временем строки «Время прибытия на место» и со временем строки «Время окончания вызова» основной карты; строка «Время выезда на вызов» карты с буквой А остается незаполненной.

26. Километраж заполняется в соответствии с показателями спидометра, внесенными водителем в путевой лист.

27. В пункте 16 «Тип выезда по диагнозу» кодируется тип выезда в соответствии с диагнозом, установленным руководителем бригады СМП. В случае выезда на травмы и несчастные случаи (например отравления, в т.ч. алкогольные, кроме токсикоинфекций) в ячейке справа проставляется цифра 1 – несчастный случай. В таких случаях обязательно проводится дополнительное кодирование в пункте 21 «Травма», где указывается вид травмы. При выезде на все острые заболевания проставляется цифра 2, на роды – 3, на заболевания, связанные с патологией беременности – 4, в случае перевозки лица по направлению участкового врача – 5, в случае выезда к лицу с хроническим заболеванием – 6. Все технологические перевозки хозяйственного и транспортного характера, не связанные с перевозкой лиц, и

другие выезды (заправка автомобиля, перевозки консультантов, связистов, сантехников и т.д.) кодируются цифрой 7. Выезды бригад СМП на дежурство (культурно-зрелищные и массовые мероприятия, спортивные соревнования, митинги, выезды на пожар без обращений за медицинской помощью) кодируются цифрой 8. Безрезультативный выезд кодируется цифрой 9. В этом случае обязательно проводится дополнительное кодирование в пункте 25 «Безрезультативный выезд», где указывается его причина. Цифра 10 – ставится в случае транспортировки больного из стационара учреждения здравоохранения, где он находился на лечении, в другой стационар в связи с ухудшением состояния здоровья или возникновения иного заболевания.

28. Пункт 17 «Обоснованность» заполняется после завершения оказания пациенту медицинской помощи.

Цифрой 1 кодируется выезд, который был профильным для скорой медицинской помощи; цифрой 2 кодируется выезд, который был непрофильным для скорой медицинской помощи. Под непрофильным выездом следует понимать выезды на случаи, когда состояние пациента позволяет самостоятельно обратиться в учреждение здравоохранения и медицинская помощь может быть оказана поликлиниками, пунктами неотложной медицинской помощи, травмпунктами и т.д.

29. В пункте 18 «Место вызова» кодируется информация по месту вызова бригады СМП. Выезд в учреждение здравоохранения (больница, госпиталь, диспансер, поликлиника, медицинский центр, научно-исследовательский институт, медпункт, травмпункт) кодируется цифрой 1; в квартиру – цифрой 2; во всех других случаях – цифрой 3, при этом в отведенном в форме № 110/у месте указывается место вызова, сюда же включаются амбулаторные обращения лиц на станцию, выезды в парки, на пляжи, на заводы, строительные площадки, в учреждения (в том числе учебные), организации и т.п., в которых пациент не работает (не учится), а находится по другим причинам; в общественное место (магазин, аптека, рынок, театр, стадион, кинотеатр, музей, религиозное учреждение и т.д.) – цифрой 4; на завод, фабрику, строительную площадку, в учреждение, организацию и т.п., где работает пациент – цифрой 5; на улицу, дорогу, трассу – цифрой 6; в учебное заведение (детский сад, школу, лицей, колледж, университет и т.п.), в котором пациент обучается – цифрой 7.

30. В пункте 19 «Вызов» кодируется информация по обслуживанию больного бригадами СМП в течение последних **24 часов**.

Первичный вызов кодируется цифрой 1 в случае обслуживания лица бригадой впервые; повторный вызов – цифрой 2, если этому пациенту в течение последних 24 часов бригадами СМП уже оказывалась медицинская помощь; попутный вызов – цифрой 3, если медицинская помощь предоставлялась при непосредственном обращении пациента к бригаде СМП

или бригаду СМП остановили для оказания медицинской помощи; амбулаторный вызов – цифрой 4 в случаях, когда пациент самостоятельно обратился за медицинской помощью непосредственно на станцию.

Диспетчер станции оформляет вызов и заводит карту выезда в том случае, если амбулаторный вызов обслуживает бригада; в данном случае запись в «Журнал регистрации амбулаторных больных» (форма № 074/у) не проводится. Карта не оформляется и в случае оказания помощи медицинским работником станции без привлечения бригады СМП, а информация об оказании медицинской помощи и использовании лекарственных средств заносится медицинским работником, который оказывал эту помощь, в «Журнал регистрации амбулаторных больных» (форма № 074/у).

Цифрой 5 кодируется вызов, который поступает от бригады, находящейся на вызове, если требуется помощь специализированной бригады или доставка дополнительного медицинского оборудования.

31. В пункте 20 «Обращения больного» кодируется информация о количестве обращений лица за медицинской помощью в течение последних 24 часов (отсчет времени производится от момента принятия вызова, указанного в строке «Время принятия вызова»).

В случаях, если лицо впервые обращается за медицинской помощью на станцию в течение суток, проставляется цифра 1.

Если лицо в течение последних суток уже обращалось по этому поводу на станцию, проставляется цифра 2, а в скобках указывается количество всех обращений, учитывая последнее.

В случаях, когда в течение последних 24 часов лицо обращалось за медицинской помощью по этому же поводу в другие учреждения здравоохранения, проставляется цифра 3.

32. В пункте 21 «Травма» соответствующей цифрой кодируются типы травмы:

- цифрой 1 – бытовые травмы;
- цифрой 2 – уличные травмы, полученные на улице и не относящиеся к другому типу травм;
- цифрой 3 – телесные повреждения, причиненные другим лицом;
- цифрой 4 – травмы, полученные в результате ДТП;
- цифрой 5 – травмы, отравления и болезни вследствие воздействия внешних факторов, полученные на рабочем месте во время выполнения профессиональных обязанностей (телесные повреждения, причиненные другим лицом, полученные во время выполнения профессиональных обязанностей, кодируются как производственные);
- цифрой 6 – травмы, полученные во время занятий спортом;
- цифрой 7 – травмы, полученные с целью самоубийства;
- цифрой 8 – травмы, полученные в результате гололеда.
- цифрой 9 – травмы, полученные в результате военных действий (пулевые, осколочные, взрывные).

33. В пункте 22 «Время от начала болезни» соответствующей цифрой указывается время от начала заболевания (несчастного случая) до момента приема вызова, указанного в строке «Время приема вызова».

33. Пункт 23 «Алкоголь» заполняется со слов лица.

34. В пункте 24 «Результат» кодируется результат, полученный после оказания медицинской помощи бригадой СМП.

35. Пункт 25 «Безрезультативный выезд» кодируется лишь в случаях, когда в пункте 16 «Тип выезда по диагнозу» указана цифра 9 – безрезультативный выезд: цифра 1 (не застали) проставляется в случае, когда бригада СМП не застала человека на месте вызова или есть свидетели, которые сообщили о дальнейшем пребывании лица (забрали, ушел и т.п.), о чем необходимо указать на обратной стороне карты и указать лицо, предоставившее эту информацию; цифра 2 (адрес не найден) – в случае, если адрес, по которому вызывали бригаду, фактически не существует; цифра 3 (не доехали) – в случае, если бригада СМП не смогла добраться до места вызова по той или иной причине (остановили для оказания медицинской помощи; поломка автомобиля; передан диспетчером по рации отказ от помощи и т.п.); цифра 4 (не вызывали) – в случаях, когда вызов оказался ложным. Обстоятельства ложного вызова необходимо указать на обратной стороне карты и указать, кто предоставил эту информацию; цифра 5 (обслужен до приезда) – в случае, если помощь пациенту была оказана до прибытия бригады и в дальнейшей медицинской помощи он не нуждается. Подпись об отказе пациент ставит в соответствующем поле карты; цифра 6 (отказ от помощи) – в случае, если пациент отказался от осмотра. Подпись об отказе ставится в соответствующем поле карты.

36. В пункте 26 «Предварительный диагноз» руководитель бригады СМП должен указать предварительный диагноз, по поводу которого был осуществлён выезд бригады СМП, и только те сопутствующие заболевания, которые могли оказать влияние на основное заболевание. Этот пункт не заполняется и не кодируется в случаях, если в пункте 16 «Тип выезда по диагнозу» указана цифра 9 – безрезультативный выезд.

37. В диагнозе не допускаются сокращения, за исключением: ИБС, ОИМ, ОНМК, ЗЧМТ, ОЧМТ, ЗТЖ, ЗТГК, ОРВИ, ОСЛТ, ЗВУР где:

- ИБС – ишемическая болезнь сердца;
- ОИМ – острый инфаркт миокарда;
- ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения;
- ЗЧМТ – закрытая черепно-мозговая травма;
- ОЧМТ – открытая черепно-мозговая травма;
- ЗТЖ – закрытая травма живота;



- ЗТГК – закрытая травма грудной клетки;
- ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция;
- ОСЛТ – острый стенозирующий ларинготрахеит;
- ЗВУР – задержка внутриутробного развития.

38. В строке «Код МКБ-10» проставляется шифр диагноза по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра обязательно латинскими буквами и арабскими цифрами четко и разборчиво. Каждая буква и цифра проставляются в отдельной клетке. Точка проставляется рядом с цифрой, а не в отдельной клетке. Кодировается только основной диагноз.

Из классификации всех болезней для кодирования необходимо использовать только ту часть рубрик и подразбук, которая необходима для проведения статистического анализа и позволяющая выявлять закономерность для принятия решений по организации экстренной медицинской помощи.

Другие болезни кодируются в отдельные группы или целые классы. Например: диагноз «малярия» кодируется как «некоторые инфекционные и паразитарные болезни A00-B99»:

|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  | A | 0 | 0 | - | B | 9 | 9 | ; |
|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|

отек Квинке Т 78.3 необходимо кодировать:

|  |  |  |  |  |   |   |    |   |   |
|--|--|--|--|--|---|---|----|---|---|
|  |  |  |  |  | T | 7 | 8. | 3 | . |
|--|--|--|--|--|---|---|----|---|---|

39. В строке «Согласен с предложенным лечением» подпись о согласии на проведение бригадой СМП лечения (или отказа от него) может поставить только пациент или его законный представитель, если пациент не достиг возраста совершеннолетия и в других случаях, предусмотренных законодательством Донецкой Народной Республики.

В случае, если получить подпись пациента невозможно, руководитель бригады СМП отмечает в этой строке: «Невозможно получить». На обратной стороне карты в разделе «Объективные данные» необходимо обязательно отразить тяжесть состояния пациента или отдельно отметить другие причины (например, физический изъясн правой/левой кисти), которые не дают ему возможности поставить подпись.

40. Пункт «Отказ» заполняется в случае отказа пациента от медицинской помощи/транспортировки. В данном случае пациент лично указывает свою фамилию, имя, отчество, подчеркивает, от чего именно отказывается, и ставит подпись. Рядом с подписью пациента свидетели отказа (если такие есть) ставят свои подписи. В случае отказа пациента или его законного представителя или других свидетелей ставить свою подпись об отказе от медицинской помощи/транспортировки руководитель бригады СМП отмечает в этой строке: «Отказался подписывать».

41. На обратной стороне карты графы заполняются четко и разборчиво.

41.1. В строках, содержащих клетки, выбранный вариант обозначается значком √, другие клетки не заполняются и остаются свободными.

41.2. В строках «Дата заболевания» и «Начало заболевания» необходимо указать дату (число, месяц, год) и время начала заболевания (в часах и минутах). Если заболевание хроническое, ставится дата и время обострения, что стало основанием для вызова.

41.3. В разделе «Жалобы» подробно описываются жалобы лица во время осмотра. Например, описывая боль, необходимо указать ее локализацию, продолжительность, иррадиацию, характер (постоянный, волнообразный, нарастающий и т.д.).

41.4. В разделе «Анамнез» отмечается наличие или отсутствие подобного состояния в прошлом; необходимо указать, лечился ли пациент до приезда бригады по поводу данного заболевания и какими именно лекарственными средствами; указать сопутствующие заболевания, которые влияют на настоящее состояние пациента, аллергию на лекарственные средства; эпидемиологический анамнез; при травме – механизм травмы. В этом разделе необходимо указать, какое именно лечение ранее проводилось по этому поводу, куда обращался пациент за медицинской помощью или же не обращался и не лечился.

В случае, если информацию от лица получить невозможно, необходимо указать, из какого источника получены данные (со слов свидетелей, родственников, амбулаторной карты и т.д.).

В случае выезда на дорожно-транспортное происшествие (далее – ДТП) необходимо обязательно указать механизм травмы, местонахождение пострадавшего в отношении транспортного средства, которое имело отношение к получению травмы пациентом во время ДТП, номер этого транспортного средства и фамилию водителя.

Справа от ячеек «ОИМ» и «ОНМК» необходимо указать год перенесенного ранее заболевания, если такое было.

При выполнении вызовов к детям в возрасте до трех лет необходимо обязательно указать: физиологические или патологические роды были у матери, метод вскармливания ребенка в первый год жизни (грудное, искусственное, смешанное), своевременность проведения прививок (по возможности с указанием причины в случае нарушения графика прививок, наличие осложнений), наблюдается в поликлинике или других учреждениях здравоохранения, перенесенные заболевания, пороки развития и т.д.

41.5. В разделе «Объективные данные» указываются: оценка сознания – при выявлении нарушения сознания следует обязательно указать его степень по шкале Глазго (ШГ); при травме – обязательно оценить ее тяжесть по травматической шкале (ТШ); имеющаяся симптоматика во время осмотра; данные объективного осмотра органов и систем; указывается наличие или отсутствие изменений при сопутствующей патологии.

В случае отсутствия нарушений со стороны органов и систем в пунктах объективного статуса отмечаются ячейки, в которых указана физиологическая норма.

При летальных случаях обязательно описываются признаки клинической, биологической смерти и указывается время их констатации.

41.6. В разделе «Место повреждения при травме» обводятся или подчеркиваются необходимые варианты травм и повреждений. В этом разделе дополнительно описываются локализация, характер, размеры повреждения и т.п.

41.7. В разделе «Описание ЭКГ, глюкоза крови (ммоль/л) и т.п.» производится соответствующая запись о выполненных дополнительных обследованиях. ЭКГ, выполненную на вызове, необходимо обязательно описать в карте, а саму пленку прикрепить к ней. В случаях, когда по техническим причинам невозможно выполнить ЭКГ, следует об этом сделать соответствующую запись в карте. При наличии в электрокардиографе монитора следует описать ЭКГ по данным мониторинга, указав «по данным мониторинга».

41.8. В разделе «Оказанная помощь, лекарственные средства» необходимо указать, какие манипуляции были проведены, названия препаратов, дозы и пути введения лекарственных средств.

В строке «Прочее» указываются другие процедуры или манипуляции, не указанные в этом разделе, которые проводились пациенту (например, первичная обработка пуповины и т.д.).

Дополнительно необходимо указывать количество использованных пар резиновых перчаток, других изделий медицинского назначения, название и количество дезинфицирующего средства.

Использованные лекарственные средства и проведенные манипуляции необходимо записывать в той последовательности, в которой они применялись. В этом разделе фельдшер пункта пополнения выездных бригад СМП ставит штамп «выдано», дату и подпись после пополнения бригады лекарственными средствами, а также другими изделиями медицинского назначения. В случае назначения наркотика или психотропного вещества в записи о введении необходимо указать номер рецепта, выделить его кружком и поставить две подписи: подпись врача (руководителя бригады СМП) и подпись фельдшера, который выполнял назначения.

Если лекарственные средства не применялись, этот раздел остается незаполненным или может быть использован для другой необходимой информации (например, санитарная обработка автомобиля, списание использованных одноразовых изделий медицинского назначения).

41.9. В разделе «Состояние после оказания помощи» обязательно отмечаются основные жизненно важные параметры пациента (общее состояние, АД, пульс, ЧД, а также при необходимости  $t^{\circ}\text{C}$ , оценка по ШГ, ТШ) при завершении его обслуживания.

В случае, если помощь не оказывалась, в этом разделе обязательно указывается общее состояние пациента, с которым он доставлен в учреждение здравоохранения, оставлен на месте или передан другой бригаде СМП. При транспортировке пациента необходимо подчеркнуть способ транспортировки.

41.10. Если при оформлении карты руководителю бригады СМП не хватило места для описания, можно прикрепить чистый лист бумаги к карте и продолжить описание в нем.

41.11. Информацию о пробках на дорогах, которые затрудняли бригае СМП своевременный доезд до места назначения, необходимо отмечать по факту на первой странице карты на свободном поле (внизу), при этом указав улицу и с какого и до какого времени бригада была в пробке.

41.12. В случае, когда после окончания вызова бригада не возвращалась на станцию, а осуществила выезд для заправки автомобиля на автозаправочную станцию (далее – АЗС), информация о времени выезда на АЗС вносится в свободное поле лицевой стороны формы № 110/у.

41.13. Достоверность информации, внесенной в форму № 110/у, руководитель бригады СМП заверяет подписью.

41.14. Форму № 110/у необходимо заполнить и сдать диспетчеру после возвращения бригады СМП на станцию.

42. Срок хранения формы № 110/у в медицинском учреждении – один год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <div>Министерство здравоохранения<br/>Донецкой Народной Республики</div> | Идентификационный код |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование учреждения _____<br>_____<br>_____                          | <b>Форма № 114/у</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Сопроводительный листок № \_\_\_\_\_

Фамилия

Имя

Отчество

(печатными буквами)

Возраст: \_\_\_\_\_  
(полных лет)

(число)

(месяц)

(год рождения )

Домашний адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Данные от лица, свидетелей, из документа (подчеркнуть и указать) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Доставлен с улицы, квартиры, рабочего места, учреждения здравоохранения,  
другое (подчеркнуть и вписать) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Предварительный диагноз скорой медицинской помощи: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Доставлен:  
в ЛПУ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, отделение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.  
по вызову № \_\_\_\_\_, принятым в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Врач/фельдшер \_\_\_\_\_  
(фамилия четко)

(личный номер)

Подстанция № \_\_\_\_\_ тел. № \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| Министерство здравоохранения<br>Донецкой Народной Республики | Идентификационный код<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> |
| Наименование учреждения _____<br>_____<br>_____              | <b>Форма № 114/y</b>  |

Талон к сопроводительному листку № \_\_\_\_\_

(после выписки или смерти пациента/потерпевшего)

немедленно передается на станцию скорой медицинской помощи)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

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

(печатными буквами)

Возраст: \_\_\_\_\_  
(полных лет)

(число)

(месяц)

(год рождения)

Домашний адрес \_\_\_\_\_

---

Данные от лица, свидетелей, из документа (подчеркнуть и указать) \_\_\_\_\_

---

Доставлен с улицы, квартиры, рабочего места, учреждения здравоохранения,  
другое(подчеркнуть и вписать) \_\_\_\_\_

---

Что и когда случилось \_\_\_\_\_

---

в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Доставлен: на носилках, на руках, пешком в ЛПУ \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_,  
(подчеркнуть)

отделение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

по вызову №\_\_\_\_\_, принятым в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Врач/фельдшер \_\_\_\_\_

(фамилия четко)

(личный номер)

Подстанция № \_\_\_\_\_ тел. № \_\_\_\_\_

Линия отрыва



## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 114/у  
«Сопроводительный листок № \_\_. Талон к сопроводительному листку № \_\_».**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 114/у «Сопроводительный листок № \_\_\_\_\_. Талон к сопроводительному листку № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 114/у).

2. Форма № 114/у является медицинским документом для госпитализации лиц, доставленных бригадами скорой медицинской помощи (далее – бригада СМП) в учреждения здравоохранения.

3. Форма № 114/у заполняется медицинским работником – руководителем бригады СМП на каждого пациента/потерпевшего, который доставлен в приемное отделение (отделение экстренной, неотложной медицинской помощи) учреждения здравоохранения для госпитализации.

4. Паспортная часть формы № 114/у и отрывного талона к ней заполняется печатными буквами разборчиво на русском языке.

5. Все сведения о пациенте заполняются в талоне к форме № 114/у на основании формы № 110/у «Карта выезда скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_».

6. Руководитель бригады СМП обязан внимательно заполнить все графы формы № 114/у, в том числе указать дополнительные сведения, которые касаются состояния здоровья пациента. Обязательно необходимо указать список документов, денег или ценных вещей пациента, если у последнего выявлены нарушения сознания, психики или он подозревается в приеме алкогольных напитков (психотропных и наркотических средств), необходимо поставить под этими ведомостями личную подпись.

7. Талон формы № 114/у заполняется не полностью. Первая страница и предварительный диагноз заполняются руководителем бригады СМП, остальные сведения – врачом приемного отделения (отделения экстренной, неотложной медицинской помощи) учреждения здравоохранения и лечащим врачом учреждения здравоохранения после выписки или смерти пациента.

8. Заполненная форма № 114/у и талон к ней остаются в приемном отделении (отделении экстренной, неотложной медицинской помощи) учреждения здравоохранения независимо от того, остался пациент в данном учреждении или ему было отказано в госпитализации. В случае, если пациент нуждается в госпитализации в другое учреждение здравоохранения, руководителем бригады СМП выписывается новая форма №114/у.

9. В случае госпитализации пациента форма № 114/у приобщается к форме первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_»

10. Заполненный талон формы № 114/у после выписки или смерти пациента в обязательном порядке передается из учреждения здравоохранения на станцию скорой медицинской помощи. Талон формы № 114/у передается на станцию скорой медицинской помощи также и в том случае, если больной не был госпитализирован. В данном случае врачом приемного отделения (отделения экстренной, неотложной медицинской помощи) заполняется строка «оказана амбулаторная помощь».

11. Срок хранения формы № 114/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 19.08.2015 № 012.1/285

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

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

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 115-1/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

| 1 | 9 | 0 | 8 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/285 |

**Д Н Е В Н И К  
РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

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

[illegible]

|    | Кол-во<br>лиц,<br>достав-<br>ленных в<br>лечебные<br>учреж-<br>дения по<br>20<br>направлен-<br>иям бригад<br>СМП | Количество лиц, которым оказана медицинская помощь в сельских населенных пунктах |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  | Количество выездов на место вызова до 10 минут с момента обращения в городах /<br>прибытия на выезд не позднее 20 минут с момента обращения в сельских населенных<br>пунктах |   |  |                             |                             |  |  |   | Приме-<br>чание |
|----|--|--|--|--|------------------|-------------------|---|---|---------------------------------------|--|--|---|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|---|-----------------|
|    |  | в том числе повод к вызову   |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
|    |  | всего  | несча-<br>стные<br>случаи,<br>травмы<br>и<br>отравле-<br>ния | внеза-<br>пные<br>забо-<br>лева-<br>ния,<br>состо-<br>яния | хронич-<br>еские | непро-<br>фильные | вне-<br>боль-<br>ничные<br>роды и<br>патология<br>беремен-<br>ности | перевозки<br>беремен-<br>ных<br>по<br>направле-<br>ниям ЛПУ | безрезу-<br>льтатив-<br>ные<br>выезды | техно-<br>логи-<br>ческие<br>вы-<br>езды | Всего  | несчас-<br>тные<br>слу-<br>чай,<br>трав-<br>мы и<br>отрав-<br>ления | внезап-<br>ные<br>заболева-<br>ния и<br>состоя-<br>ния | хрони-<br>ческие<br>больные | непро-<br>фильные<br>выезды | вне-<br>больнич-<br>ные<br>роды<br>и пато-<br>логия<br>беремен-<br>ности | пере-<br>возки<br>паци-<br>ентов и<br>роже-<br>ниц | безре-<br>зуль-<br>татив-<br>ные<br>выез-<br>ды |                 |
| 21 | 22   | 23   | 24   | 25   | 26               | 27                | 28  | 29  | 30                                    | 31                                       | 32   | 33  | 34   | 35                          | 36                          | 37   | 38   |   |                 |
| 1  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 2  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 3  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 4  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 5  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 6  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 7  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 8  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 9  |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 10 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 11 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 12 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 13 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 14 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 15 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 16 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 17 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 18 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 19 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 20 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 21 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 22 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 23 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 24 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 25 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 26 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 27 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 28 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 29 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 30 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |
| 31 |  |  |  |  |                  |                   |   |   |                                       |  |  |   |  |                             |                             |  |  |   |                 |

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В.Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 115-1/у**  
**«Дневник работы станции скорой медицинской помощи»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 115-1/у «Дневник работы станции скорой медицинской помощи» (далее – форма № 115-1/у).

2. Форма № 115-1/у предназначена для ежедневного учета работы станций (отделений) скорой медицинской помощи.

3. Форма № 115-1/у заполняется работниками отдела медицинской статистики (кабинета) на основании формы № 110/у «Карта выезда скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_» (при отсутствии автоматизированной системы управления).

4. В графе 1 таблицы ставится дата выполнения вызовов с первого до последнего числа месяца.

5. В графе 2 указывается общее количество обращений за скорой медицинской помощью (данные об обращении заполняются на основании формы № 109/у «Карта вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_»).

6. В графе 3 указывается количество отказов необоснованных вызовов либо тех, что были переданы в амбулаторно-поликлиническую сеть. Данные об этих вызовах заполняются на основании формы № 109/у «Карта вызова скорой медицинской помощи № \_\_\_\_\_».

7. Далее заполняются графы по количеству выполненных вызовов бригадами скорой медицинской помощи (далее – бригады СМП):

- в графе 4 проставляется общее количество выполненных вызовов бригадами СМП;

- в графе 5 – общее количество выездов по поводу несчастных случаев, травм и отравлений;

- в графе 6 – общее количество выездов бригад по поводу внезапных заболеваний (острые нарушения сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, органов дыхания, органов брюшной полости, при внезапной смерти и смерти до приезда бригады и тому подобное);

- в графе 7 – общее количество выездов к хроническим больным, которые не нуждались в срочной медицинской помощи;

- в графе 8 – общее число непрофильных по скорой помощи выездов;
- в графе 9 – общее число выездов к женщинам, которым оказана медицинская помощь при родах вне учреждения здравоохранения, при родах, которые произошли до прибытия бригады скорой медицинской помощи, а также при осложнениях беременности;
- в графе 10 – общее количество перевозок автомобилями скорой медицинской помощи лиц и рожениц по направлениям амбулаторно-поликлинических учреждений в больницы, травматологические пункты, домой и в другие места.

8. Графа 11 – безрезультативные выезды. В этой графе показываются данные о выездах, во время которых медицинская помощь не оказывалась: «адрес не найден» – в случае, если адрес, по которому вызвали бригаду, фактически не существует; «не доехали» – в случае, если бригада не смогла добраться до места вызова по той или иной причине (остановили для оказания медицинской помощи; поломка автомобиля; передан диспетчером по рации отказ от помощи и т.п.); «не вызывали» – в случаях, если вызов оказался ложным; «обслужен до приезда» – в случае, если медицинская помощь лицу была оказана до прибытия бригады СМП и в дальнейшем в медицинской помощи он не нуждался; «отказ от помощи» – в случае, если лицо отказалось от медицинского освидетельствования.

9. В графе 12 указываются данные о выездах, которые выполнялись с целью технического обслуживания.

10. Общее количество лиц, которым была оказана медицинская помощь бригадами СМП во время выездов, показывается в графах с 13 по 18.

11. В графе 19 указываются данные о количестве лиц, которым была оказана амбулаторная медицинская помощь на подстанциях.

12. В графе 20 указывается количество лиц, доставленных в учреждения здравоохранения по направлению бригад СМП, на основании формы № 114/у «Сопроводительный листок №\_\_\_\_. Талон к сопроводительному листку №\_\_\_\_\_».

13. Количество лиц, которым была оказана медицинская помощь при выездах в сельскую местность, указывается в графах с 21 по 29 в соответствии с причиной вызова.

14. Общее количество прибытий бригад СМП на место вызова – до 10 минут от момента обращения в городах и 20 минут в сельских населенных пунктах проставляется в графах 30-37.

15. В конце каждого месяца данные дневника суммируются, что является основанием для заполнения статистической формы отчетности № 22 «Отчет станции (отделения) скорой медицинской помощи».

16. Срок хранения формы № 115-1/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |   |
|--|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____<br><br>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____<br><br>Идентификационный код _____ | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>   |
|  | Форма первичной учетной документации<br><b>№ 116/y</b><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><br>1   9   0   8   2   0   1   5   №   012.1/285 |

**«Рапорт № \_\_\_\_\_ по оказанию выездной  
консультативной экстренной медицинской помощи»**

Дата вызова « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**Данные о враче-консультанте:**

Специальность \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Категория, ученая степень \_\_\_\_\_  
Выбыл в г. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов  
Прибыл в ЛПУ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов. Проконсультирован (а) больной (я)

|  |                      |           |                  |                         |
|--|----------------------|-----------|------------------|-------------------------|
| Ф.И.О.                                       |                      |           |                  |                         |
| Возраст                                      | Учр. здравоохранения | Отделение | Дата поступления | Доставлен/ переведен из |
|  |                      |           |                  |                         |
| Адрес больного                               |                      |           |                  |                         |
| сельский / городской житель                  |                      |           |                  |                         |
| Анамнез:                                     |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
| Объективно:                                  |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
| Диагноз при вызове:                          |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |
| Диагноз, установленный врачом-консультантом: |                      |           |                  |                         |
|  |                      |           |                  |                         |

----- линия отреза -----

|   |  |
|---|--|
| Приложение-сообщение к рапорту № _____  |  |
| Врач-консультант  |  |
| Специальность   |  |
| <b>Отрывной талон-сообщение при транспортировке больного в ЛПУ г. Донецка, которое вызывает, не оставляется!</b><br><br>Заполненное сообщение направляется главным врачом учреждения здравоохранения после выписки больного в адрес Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф по адресу: 83003, г. Донецк, проспект Ильича, 14 «и» |  |

|  |
|--|
| Какая помощь оказана врачом-консультантом больному:            |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Операция:  |
|  |
|  |
|  |
| Транспортировка (указать, в какое учреждение здравоохранения): |
|  |
|  |

|   |
|---|
| Ф.И.О., специальность, стаж, категория вызывавшего врача: |
|   |
|   |

### Дефекты, выявленные врачом-консультантом

|  |
|--|
| Полнота и своевременность обследования больного, лечебных назначений, хирургического вмешательства   |
|  |
|  |
| Обоснованность и своевременность вызова врача-консультанта из РЦЭМП и МК   |
|  |
|  |
| Проведенная работа, кроме консультации больного. Дополнительно проконсультировано _____ больных (указать фамилию, имя, отчество, диагноз каждого, № истории болезни) |
|  |
|  |
|  |

Выбыл из учреждения здравоохранения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов

Прибыл в г. Донецк « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов

Врач-консультант \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_ Главный врач

----- линия отреза -----

|                                    |                    |   |  |
|------------------------------------|--------------------|---|--|
| Город                              |                    | Наименование учреждения здравоохранения |  |
| Ф.И.О. больного                    |                    |   |  |
| Заключительный клинический диагноз |                    |   |  |
| Результат лечения                  |                    |   |  |
| М.П.                               | Главный врач _____ | Дата _____                              |  |

Министр здравоохранения Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

### **Инструкция по заполнению формы первичной учетной документации № 116/у «Рапорт № \_\_\_\_\_ по оказанию выездной консультативной экстренной медицинской помощи»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы №116-у «Рапорт № \_\_\_\_\_ по оказанию выездной консультативной экстренной медицинской помощи» (далее – форма № 116/у).

2. Форма № 116/у предназначена для ежедневного учета работы Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (далее – Центр).

3. Сотрудники оперативного отдела заполняют **в лицевой части рапорта** следующие данные:

- № рапорта, который соответствует № вызова в форме №117/у «Журнал регистрации приема вызовов и их исполнение» дату вызова, данные о враче-консультанте;

- время выезда из Центра, дату выезда, название населенного пункта, в который направляется консультант;

- данные о больном (Ф.И.О., возраст, больница и отделение, в котором находится больной, дата его поступления в данное ЛПУ и откуда доставлен в нее (переведен), диагноз при вызове).

- **в отрывном талоне-сообщении** (№ рапорта, данные о враче-консультанте, Ф.И.О. больного, наименование населенного пункта и учреждения здравоохранения, где находится больной и куда с лечебным заданием направляется врач-консультант Центра).

4. Врач-консультант заполняет и подает рапорт в Центр в течение 2-х суток после проведения консультации.

5. Врач-консультант указывает в рапорте следующие данные:

- время и дату прибытия в учреждение здравоохранения, вызвавшее специалиста;

- адрес больного, сельский/городской житель, анамнез заболевания, данные объективного обследования, диагноз консультанта, оказанная помощь (краткое описание), указывается название операции (если таковая была проведена), транспортировка и в какое лечебное учреждение (если таковая была проведена);

- сведения о враче учреждения здравоохранения, который произвел вызов врача-консультанта Центра (Ф.И.О., специальность, стаж работы, категория);

- заполняет раздел « Дефекты, выявленные врачом-консультантом», в частности, полноту и своевременность обследования больного, обоснованность и своевременность вызова врача-консультанта, сведения о дополнительно проконсультированных больных, а также иную работу, проведенную врачом-консультантом в учреждении здравоохранения;

- отмечает время и дату прибытия в г. Донецк;

- ставит свою подпись внизу рапорта;

- оставляет в учреждении здравоохранения отрывной талон-сообщение рапорта, если не эвакуирует больного из этого учреждения здравоохранения.

6. Главный врач или уполномоченное лицо учреждения здравоохранения, вызвавшее консультанта Центра, в рапорте указывает время и дату выезда консультанта Центра из вызвавшего учреждения здравоохранения, ставит свою подпись, заверяет ее печатью.

7. Учреждение здравоохранения, вызвавшее консультанта Центра, в случае, когда больной остается в данном учреждении, заполняет отрывной талон приложение - сообщение к рапорту № \_\_\_\_ и направляет его в Центр в месячный срок после выписки (смерти) больного из учреждения здравоохранения.

8. В случае ведения формы № 116/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

9. Срок хранения формы № 116/у – 3 года после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|  |  |  |
|--|--|--|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____<br>_____ |  | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b><br>Форма первичной учетной документации<br><b>№ 117/у</b><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><br>  1   9   0   8   2   0   1   5   №   012.1/285 |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____<br>_____  |  |  |
| Идентификационный код _____  |  |  |

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации приема вызовов и их исполнение**

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

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

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО:**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации**  
**№ 117/у «Журнал регистрации приема вызовов и их исполнение»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 117/у «Журнал регистрации приема вызовов и их исполнение» (далее – форма №117/у) в отделах выездной консультативной специализированной экстренной медицинской помощи и выездной акушерско-гинекологической специализированной экстренной медицинской помощи.

2. Форма №117/у является учетным документом оперативно-диспетчерской службы Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (далее – Центр).

3. Все графы формы №117/у в обязательном порядке должны быть заполнены ко времени окончания смены дежурными сотрудниками оперативной диспетчерской.

4. Форма №117/у заполняется медицинским работником (диспетчером) – фельдшером, медицинской сестрой оперативно-диспетчерского отдела разборчивым почерком в соответствии с графами журнала.

5. Номер, за которым зарегистрировано обращение в оперативный отдел, и дата приема вызова диспетчером должны соответствовать таковым в рапорте по оказанию выездной консультативной специализированной медицинской помощи, заполняемым консультантом.

6. В графе «откуда и кем сделан вызов» указывается город, учреждение здравоохранения, отделение и лицо, которое осуществляет вызов. Дополнительно можно внести контактный номер телефона.

7. В графе 4 записываются паспортные данные больного, дата рождения с указанием в скобках полных лет. Число, месяц и год указываются только арабскими цифрами. Возраст детей до одного года указывается количеством месяцев, возраст детей до одного месяца – количеством дней.

**В обязательном порядке отмечается статус больного: буквами «гр.» - гражданский; «в» - военный.**

8. В графе 5 указывается диагноз врача, вызывающего учреждения здравоохранения с указанием цели вызова: консультация, оперативное лечение, проведение специальных методов обследования (например, ФГДС), эвакуация.

9. В графе 6 «Ф.И.О., должность, выехавших на вызов» указывается специальность консультанта, фамилия, инициалы, ученая степень (если есть), категория, а также вносится информация о сопровождавшем его медицинском работнике: фамилия, инициалы, медицинская сестра или фельдшер.

10. В графе 7 «дата и время выезда» последние должны совпадать с таковыми в рапорте консультанта.

11. Графа 8 «результат» заполняется в обязательном порядке не позднее суток с момента выезда бригады. В графе указывается проведенная специалистами Центра работа: консультация, операция, ФГДС, эвакуация с указанием учреждения здравоохранения и отделения. Если выезд не осуществлялся, указывается причина отказа или консультация по телефону, скайпу и др. Если выезд заканчивается после окончания смены диспетчера, то данную графу заполняет старший фельдшер оперативно-диспетчерского отдела.

12. В графу 9 вносятся данные о транспорте: машина вызывающего учреждения здравоохранения или транспорт Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицинских катастроф (далее – Центр). Если использовался автомобиль Центра, то указывается фамилия и инициалы водителя, № автомобиля и его категория (В, С).

13. Форма № 117/у должна быть пронумерована, прошнурована и заверена подписью руководителя и печатью Центра на последней странице.

14. Срок хранения формы № 117/у – 3 года после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |
|---|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>                 |
| Наименование и месторасположения (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  | Форма первичной учетной документации            |
| Идентификационный код <input type="text"/>  | <b>№ 149/у</b>                                  |
|   | <b>УТВЕРЖДЕНО</b>                               |
|   | Приказ МЗ                                       |
|   | Донецкой Народной Республики                    |
|   | <b>  1   9   08   20   15   №   012.1/285  </b> |

**РЕГИСТРАЦИОННАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ КАРТА**

Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

## ПРОБАНД

1. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_
2. Для замужних женщин – девичья фамилия \_\_\_\_\_
3. Национальность \_\_\_\_\_
4. Пол: мужской – 1, женский – 2, гермафродит – 3, неизвестно – 9 ☐
5. Дата рождения 

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

  
(число, месяц, год)
6. Место рождения: город \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_
7. Место проживания: город \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_  
населенный пункт \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_  
дом № \_\_\_\_\_ квартира № \_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_
8. Длительность проживания в указанном месте (лет) \_\_\_\_\_
9. Проживание в районах, контролируемых в связи с аварией на ЧАЭС (да-1, нет-2) ☐
10. Указать номер зоны (2, 3, 4) \_\_\_\_\_
11. Длительность проживания в зоне (месяцев) \_\_\_\_\_
12. Социальный статус: крестьянин - 1, рабочий - 2, служащий - 3, студент - 4,  
военный - 5, не работает - 6, предприниматель - 7, неизвестно - 8 ☐
13. Образование: неполное среднее - 1, среднее - 2, среднее специальное - 3, высшее - 4,  
неизвестно - 5 ☐
14. Был контакт с профессиональными вредностями (да - 1, нет - 2) ☐
15. Если да, то указать, какой именно \_\_\_\_\_

## ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

(Жалобы, фенотип, антропологические измерения)

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p><b>Антропометрические данные</b></p> <p>масса тела ..... г</p> <p>рост ..... см</p> <p>от головы ..... см</p> <p>от груди ..... см</p> <p>частота дыхания ..... в минуту</p> <p>частота сердечных сокращений ..... ударов в минуту</p> | <p><b>Строение тела</b></p> <p>пропорциональное;<br/>непропорциональное.</p> <p>Асимметрия тела: не выявлена</p> <p>выявлена</p> <p>уши</p> <p>лицо</p> <p>глазные щели</p> <p>зрачки</p> <p>радужки</p> <p>грудная клетка</p> <p>живот</p> <p>руки</p> <p>ноги</p> <p>пульс</p> | <p>Артериальное давление: ..... мм.рт.ст.</p> <p>Большой родничок: ..... мм х ..... мм</p> <p>Малый родничок: ..... мм х ..... мм</p> <p>Цвет кожи:</p> <p>Подкожная жировая клетчатка:</p> <p>Голос:</p> <p>Плач:</p> | <p>Мышечный тонус:</p> <p>норма</p> <p>гипотония</p> <p>гипертонус</p> <p>Поза:</p> <p>Движения в суставах:</p> |
|---|--|--|---|



| КАРТА ФЕНОТИПА   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
|--|-------|-------------------|--|-------------|----------|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Размеры печени:</b> не увеличены<br>увеличены . . . . .   |       |                   | <b>Деформации:</b> не выявлены<br><br>выявлены<br><br>череп . . . . .<br><br>грудная клетка . . . . .<br><br>позвоночник . . . . .<br><br>руки . . . . .<br><br>ноги . . . . . |             |          | <b>Особые черты лица:</b><br><br>грубые<br><br>птицеподобные<br><br>другие |                                  |                                       |
| <b>Размеры селезенки:</b> не увеличены<br>увеличены . . . . .  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| <b>Центральная нервная система:</b><br>судороги . . . . .<br>атаксия . . . . .<br>врожденная глухота/тугоухость . . .<br>. . . врожденная слепота<br>. . . . .<br>другое . . . . . |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
|  | НОРМА | ВПР <sup>1</sup>  |  | Дизморфии   |          | Опишите детально все выявленные симптомы                                   | Кто диагностировал (спец. врача) | Каким методом подтвержден диагноз ВПР |
|  |       | под сомнение<br>м | диагностированы  | не выявлены | выявлены |  |                                  |                                       |
| Кожа   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Производные кожи   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Мышцы  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Уши  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Лицо   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Глазная щель   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Глаза  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Нос  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Фильтр   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Губы   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Ротовая полость  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Зубы   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Язык   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Нёбо   |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Шея  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |
| Соски  |       |                   |  |             |          |  |                                  |                                       |

<sup>1</sup>Врожденные пороки развития

|                           | НОРМА | ВПР <sup>1</sup> |                 | Дизморфии   |          | Детальное описание всех выявленных симптомов | Кто диагностировал (спец. врача) | Каким методом подтвержден диагноз ВПР |
|---------------------------|-------|------------------|-----------------|-------------|----------|--|----------------------------------|---------------------------------------|
|                           |       | под сомнение м   | диагностированы | не выявлены | выявлены |  |                                  |                                       |
| Легкие                    |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Диафрагмальная грыжа      |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Сердце                    |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
|                           |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Органы брюшной полости    |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Печень                    |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Селезенка                 |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Кишечник                  |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
|                           |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Мочевыделительная система |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
|                           |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Половые органы            |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
|                           |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Позвоночник               |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
|                           |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Верхние конечности        |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| ключица                   |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| плечо                     |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| предплечье                |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| ногти                     |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| пальцы                    |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Нижние конечности         |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| бедро                     |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| голени                    |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| надколенник               |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| стопы                     |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Эндокринная система       |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Щитовидная железа         |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Надпочечники              |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |
| Примечания _____          |       |                  |                 |             |          |  |                                  |                                       |

| РОДИТЕЛИ ПРОБАНДА  | Мать пробанда | Отец пробанда |
|--|---------------|---------------|
| <p>1. Фамилия, имя, отчество больного _____</p> <p>2. Национальность _____</p> <p>3. Дата рождения _____<br/>(число, месяц, год)</p> <p>4. Место рождения: город _____<br/>район _____ населенный пункт _____<br/>улица _____, дом № _____, кв. № _____</p> <p>5. Длительность проживания в указанном месте (лет) _____</p> <p>6. Проживания в районах, контролируемых в связи с аварией на ЧАЭС (да - 1, нет - 2) <input type="checkbox"/></p> <p>7. Указать номер зоны (2, 3, 4) _____</p> <p>8. Длительность проживания в зоне (месяцев) _____</p> <p>9. Социальный статус: крестьянин -1, рабочий -2, служащий-3, студент -4, военный -5, не работает -6, предприниматель -7, неизвестно -8</p> <p>10. Образование: неполное среднее -1, среднее -2, среднее специальное -3, высшее -4, неизвестно - 5 <input type="checkbox"/></p> <p>11. Был контакт с профессиональной вредностью (да-1, нет-2) <input type="checkbox"/></p> <p>12. Если да, то указать, какой именно _____</p> <p>13. Курение (да -1, нет -2) <input type="checkbox"/></p> <p>14. Приблизительное количество выкуренных сигарет за сутки _____</p> <p>15. Сколько лет курите: меньше года -1, 2 года -2, 2-5 лет -3, 5 и более -4, неизвестно -5 <input type="checkbox"/></p> <p>16. Курили до рождения пробанда (да -1, нет -2) <input type="checkbox"/></p> <p>17. Постоянно употребляете кофе (да -1, нет -2) <input type="checkbox"/></p> <p>18. Сколько лет употребляете кофе: меньше года -1, 1-2 года -2, 2-5 лет -3, 5 и более -4, неизвестно -5 <input type="checkbox"/></p> <p>19. Наркомания (да -1, нет -2) <input type="checkbox"/></p> <p>20. Как часто употребляете алкоголь: один раз месяц -1, 1 раз в неделю -2, 2 раза в неделю -3, чаще - 4. <input type="checkbox"/></p> <p>21. Наличие хронических заболеваний перед рождением пробанда (да -1, нет -2, неизвестно -3) <input type="checkbox"/></p> <p>22. Если да, указать какие _____</p> <p>23. Кровный брак (да -1, нет -2) <input type="checkbox"/></p> <p>24. Заболевания в настоящее время _____</p> <p>25. Дополнительные данные _____</p> |               |               |

**БОЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ**

1. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

2. Отношения к пробанду (сибсы: родной -1, сводный -2, двоюродный -3, ☐  
троюродный, другие члены семьи -4)3. Пол: мужской -1, женский -2, гермафродит -3, неизвестно -9 ☐4. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)5. Дата смерти \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

6. Диагноз наследственных заболеваний или врожденных аномалий по МКБ-10 \_\_\_\_\_

7. Диагноз сопутствующих заболеваний по МКБ-10 \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

2. Отношения к пробанду (сибсы: родной -1, сводный -2, двоюродный -3, ☐  
троюродный, другие члены семьи -4)3. Пол: мужской -1, женский -2, гермафродит -3, неизвестно -9 ☐4. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)5. Дата смерти \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

6. Диагноз наследственных заболеваний или врожденных аномалий по МКБ-10 \_\_\_\_\_

7. Диагноз сопутствующих заболеваний по МКБ-10 \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

2. Отношения к пробанду (сибсы: родной -1, сводный -2, двоюродный -3, ☐  
троюродный, другие члены семьи -4)3. Пол: мужской -1, женский -2, гермафродит -3, неизвестно -9 ☐4. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)5. Дата смерти \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

6. Диагноз наследственных заболеваний или врожденных аномалий по МКБ-10 \_\_\_\_\_

7. Диагноз сопутствующих заболеваний по МКБ-10 \_\_\_\_\_

РОДОСЛОВНАЯ

|             |
|-------------|
| III         |
| II          |
| I           |
| 0 (пробанд) |
| I           |
| II          |
| III         |

| № по родословной | Фамилия, имя | Диагноз (согласно МКБ-10) |
|------------------|--------------|---------------------------|
|                  |              |                           |

17. Диагноз клинический \_\_\_\_\_  
18. Дата установления “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ Г.  
19. **Фамилия врача-генетика** \_\_\_\_\_, подпись

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ**

1. Цитологическое подтверждение (кариотип) – для больных хромосомной патологией  
(да - 1, нет - 2, неизвестно - 9)

☐

(результаты основных анализов)

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

2. Биохимическое подтверждение для больных наследственными дефектами обмена  
(да - 1, нет - 2, неизвестно - 9)

☐

(результаты основных анализов)

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

3. Молекулярно-генетическая диагностика (да - 1, нет - 2, неизвестно – 9)

☐

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

4. Иммунологические исследования (да - 1, нет - 2, неизвестно - 9)

☐

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

## 5. Дерматоглифика

Слева

Справа

4-х - пальцевая ладонная складка

☐☐

отсутствие дистальной изгибной складки

☐☐

по 3-1 или С-4 пальцах

☐☐

дистальный осевой трирадиус

☐☐

радиальные петли на 1, 4 или 5 пальцах

☐☐

избыток дуг на пальцах

☐☐

другие

☐☐

## 6. Ультразвуковая диагностика:

ЭХО - E2 (да - 1, нет - 2)

☐

ЭХО - K2 (да - 1, нет - 2)

☐

УЗИ органов брюшной полости (да - 1, нет - 2)

☐

## 7. Другие методы обследования (анализ крови, мочи, кала)

---



---



---



---



---

## ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Ультразвуковое исследование до 17 недель беременности  
(выявлена патология - 1, не выявлена патология - 2) ☐
2. Ультразвуковое исследование до 28 недель беременности  
(выявлена патология - 1, не выявлена патология - 2) ☐
3. Альфафетопротеин в сыворотке крови  
(выявлена патология - 1, не выявлена патология - 2) ☐
4. Хорионический гонадотропин в сыворотке крови  
(выявлена патология - 1, не выявлена патология - 2) ☐
5. Амниоцентез (да - 1, нет - 2) ☐
6. Биопсия (да - 1, нет - 2) ☐
7. Плацентоцентез (да - 1, нет - 2) ☐
8. Кордоцентез (да - 1, нет - 2) ☐

## ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ КОНСУЛЬТАЦИИ СЕМЬИ

Фамилия врача \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

## Консультации специалистов

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Врожденные пороки развития (да - 1, нет – 2)   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Изолированные пороки (да - 1, нет – 2)   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Множественные пороки (да - 1, нет – 2)   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Моногенная патология (аутосомно-доминантная –1,<br>аутосомно-рецессивная – 2, Х-сцепленная - 3, не выявлено – 4) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Хромосомная патология (геномная – 1, хромосомная – 2)  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Мультифакторная патология (да - 1, нет – 2)  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Диагноз верифицирован  |                          |

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

Фамилия врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**Рекомендации врача-генетика**


---



---



---



---

Дата “ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

Фамилия врача-генетика \_\_\_\_\_ , подпись \_\_\_\_\_

Фамилия руководителя

медико-генетического учреждения \_\_\_\_\_ , подпись \_\_\_\_\_

**Решение, принятое семьёй после  
проведения медико-генетической консультации**

---



---



---



---



---



---



---



---



### Динамика обследований

1. Дата   
(число, месяц, год)

2. Дата   
(число, месяц, год)

3. Дата   
(число, месяц, год)

4. Дата   
(число, месяц, год)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 149/у  
«Регистрационная генетическая карта»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 149/у «Регистрационная генетическая карта» (далее – форма № 149/у).

2. Форма № 149/у является основным медицинским документом личности, семьи (в том числе неполной) с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями.

3. Форма № 149/у заполняется при обращении личности, семьи в кабинет (консультацию, центры) медицинской генетики. На пациента ведется одна форма № 149/у независимо от того, консультацию проводит один или несколько врачей.

4. Форма № 149/у содержит сведения о развитии и наследовании болезней, установлении диагноза и его верификации, советы по вопросам прогноза потомства в семье.

5. Раздел «Пробанд». Данные строк 1-15 заполняются медицинским работником – врачом или медицинской сестрой кабинета (консультации) медицинской генетики, согласно паспорту и удостоверению о проживании в районах, контролируемых в связи с аварией на ЧАЭС.

6. Раздел «Первичный осмотр». Данные о жалобах, фенотипе вносит врач, который проводит первичный осмотр пробанда. Антропометрические измерения выполняет и вносит в карту медицинская сестра.

7. Раздел «Родители пробанда». Данные всех строк (1-24) может заполнять как врач, так и медицинская сестра учреждения медицинской генетики. В строку 25 вносятся основные данные общей оценки фенотипа и объективного обследования.

8. Раздел «Больные члены семьи». Данные всех строк заполняет врач – генетик с учетом записей «Консультации специалистов».

9. Раздел «Родословная» заполняется врачом-генетиком. При этом сведения должны быть максимально исчерпывающими (минимальный объем информации – не менее трех поколений). В графу «№ по родословной» вносятся данные о членах семьи, у которых выявлена та или иная патология. В графе

«Диагноз» используют кодировку в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее МКБ-10).

10. Раздел «Результаты обследований». Данные о результатах обследования вносятся в карту на основании заключения врачей: генетика, цитогенетика, биохимика, иммунолога и врача ультразвуковой диагностики.

11. Раздел «Пренатальная диагностика». Данные о результатах пренатальной диагностики заполняются врачом-генетиком кабинета (консультации), врачом ультразвуковой диагностики указанного кабинета и на основании «Заключений», «Сообщений» врачей цитогенетиков, биохимиков, иммунологов, врачей ультразвуковой диагностики; кабинетов (отделений) функциональной диагностики учреждений здравоохранения и лабораторий учреждений здравоохранения и научно-исследовательских институтов.

12. Раздел «План проведения консультации семьи» содержит этапы консультирования, выбор методов обследования, заполняется врачом-генетиком учреждения медицинской генетики.

13. В раздел «Консультации специалистов» данные вносит каждый врач-консультант. Свою подпись каждый консультант подтверждает личной печатью.

14. Раздел «Заключение» заполняется врачом – генетиком кабинета после верификации каждого случая наследственной патологии, врожденного порока развития, деформации или хромосомного нарушения.

15. Раздел «Рекомендации врача-генетика» заполняется врачом-генетиком и подписывается руководителем медико-генетического учреждения. При этом особое внимание уделяется установлению генетического диагноза, расчету генетического развития, объяснению возможного течения болезни, доступности лечения, реабилитации и адаптации больных, необходимости пренатальной диагностики.

16. Раздел «Решение, принятое семьей» заполняется врачом – генетиком после проведения медико-генетической консультации.

17. Форма № 149/у используется для составления формы № 49 «Отчет об оказании медико-генетической помощи за 20 \_\_\_\_ г».

18. Срок хранения формы № 149/у – 50 лет после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

|   |   |
|---|---|
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения | <b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b><br><br>Форма первичной учетной документации<br><b>№ 257/у</b><br><br><b>УТВЕРЖДЕНО</b><br><br>Приказ МЗ<br>Донецкой Народной Республики<br><br><b> 1 9 0 8 2 0 1 5  №  012.1/285 </b> |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  |   |
|   |   |
| Идентификационный код                                    _ _ _ _ _ _ _ _ _  |   |

**ЖУРНАЛ**  
**контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)**

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

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

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 19.08.2015 № 012.1/285

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 257/у  
«Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового  
(автоклава)»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 257/у «Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)» (далее – форма № 257/у).
2. Форма № 257/у заполняется средним медицинским персоналом.
3. В графе 1 отмечается дата стерилизации.
4. В графе 2 указывается марка и номер стерилизатора.
5. В графах 3-5 указываются наименование, количество и упаковка изделий, которые стерилизуются.
6. В графах 6-7 указывается время стерилизации (в минутах): начало и конец стерилизации.
7. В графах 8-9 указывается режим давления и режим температуры.
8. В графах 10-12 указывается тест-контроль (биологический – графа 10, термический – графа 11, химический – графа 12).
9. В графе 13 расписывается ответственный за стерилизацию.
10. Срок хранения формы № 257/у – 1 год.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой